


**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem na Reabilitação  
Psicossocial da pessoa com doença mental –  
Consulta de Enfermagem no domicílio**

**Ana Filipa Lopes Guerra**

**Lisboa**  
**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem na Reabilitação  
Psicossocial da pessoa com doença mental –  
Consulta de Enfermagem no domicílio**

**Ana Filipa Lopes Guerra**

Orientadora: Professora Patrícia Pereira

**Lisboa**  
**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A verdade de amanhã alimenta-se do erro de ontem, e as contradições que  
temos de superar são o que fertiliza o nosso crescimento”

Antoine de Saint-Exupéry

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Patrícia Pereira, pela permanente orientação, motivação e crítica construtiva.

Às enfermeiras Elisa e Maria pela preciosa ajuda e orientação.

À equipa de enfermagem da instituição onde realizei estágio, pela colaboração e apoio.

Aos meus colegas de curso pela amizade e partilha.

Aos utentes alvo dos cuidados, sem os quais este trabalho não seria possível.

## **Siglas e Abreviaturas**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR – Programa Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental

Dec. Lei – Decreto Lei

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

## **RESUMO**

O presente relatório pretende traduzir o percurso formativo que desenvolvi no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Reflete a experiência por mim desenvolvida durante o estágio num internamento de Psiquiatria na área de Lisboa num projeto de visitas domiciliárias na mesma área. Com ele procurei evidenciar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Mental na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, através da consulta de enfermagem em contexto domiciliário.

A reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade a pessoas com doença mental de alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isso implica que profissionais e utentes, melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais, possam criar uma vida com a melhor qualidade possível.

A consulta de enfermagem assume-se como um processo interativo entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra que se disponibiliza a ajudá-la, possibilita à equipa de saúde a observação do cliente no seu contexto, proporcionando um espaço terapêutico que permite maior promoção do autocuidado e suporte, bem como atividades formativas e informativas.

Este tipo de intervenções surge no sentido de permitir dar uma resposta comunitária abrangente em situações de vulnerabilidade, constituindo uma alternativa eficaz ao internamento hospitalar, indo ao encontro das necessidades das pessoas com doença mental e dos seus familiares.

**Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Reabilitação Psicossocial; Consulta de Enfermagem; Domicílio.**

## **ABSTRACT**

This report intended to demonstrate the training path that I developed in the Masters of Nursing, specialization area in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Reflects the experience I developed during the internship in a Psychiatric unit in the Lisbon area and in home visits project in the same area. With it I tried to show the importance of the intervention of the specialist nurse in Mental Health in psychosocial rehabilitation of people with mental illness through the nursing consultation in home context.

Psychosocial rehabilitation is a process that facilitates the opportunity for people with mental illness to achieve an optimal level of independent functioning in the community. This implies that professionals and users, improving skills and introducing environmental changes can create a life with the best possible quality.

The nursing consultation is assumed as an interactive process between a person who needs help and one who offers to help him/her, allows the health care team a observation in context, providing a therapeutic space that allows greater promotion self-care and support as well as training and information activities.

This type of intervention appears to allow giving a comprehensive community response in vulnerable situations, providing an effective alternative to hospitalization, meeting the needs of people with mental illness and their families.

**Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing; Psychosocial Rehabilitation; Nursing Consultation; Residence.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
1.1. Modelo conceptual de Betty Neuman	13
1.2. Desinstitucionalização da pessoa com doença mental	15
1.3. Reabilitação Psicossocial	18
1.4. Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário	20
<b>2. PERCURSO FORMATIVO</b>	<b>23</b>
<b>3. METODO</b>	<b>25</b>
3.1. Finalidade e Objetivos	25
3.2. Plano de Trabalho	25
3.3. Instituições envolvidas	27
<b>4. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO</b>	<b>30</b>
4.1. Unidade de Internamento	30
4.1.1. Sessões de Psicoeducação	31
4.2. Serviços de apoio à Comunidade	35
4.2.1. Projeto de Visitas Domiciliárias – Análise SWOT	37
4.3. Estudo de Caso Clínico	40
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>44</b>
5.1. Limitações do trabalho	45
5.2. Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados	46
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>47</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

Anexo I - Modelo Teórico de Betty Neuman

Anexo II – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo III – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo IV – Saúde Mental em Lisboa - Guia de Recursos



## APÊNDICES

Apêndice I – Neuman assessment and intervention tool

Apêndice II – Índice de Lawton-Brody

Apêndice III – Plano da Sessão “*Adesão ao Regime Terapêutico*”

Apêndice IV – Apresentação da Sessão “*Adesão ao Regime Terapêutico*”

Apêndice V – Folheto “*Adesão ao Regime Terapêutico*”

Apêndice VI – Questionário de avaliação das sessões

Apêndice VII – Avaliação da Sessão “*Adesão ao Regime Terapêutico*”

Apêndice VIII – Plano da Sessão “*Lidar com o Stress*”

Apêndice IX – Sessão “*Lidar com o Stress*”

Apêndice X – Avaliação da Sessão “*Lidar com o Stress*”

Apêndice XI – Recursos na Comunidade

Apêndice XII – Plano de Cuidados Sr. A

Apêndice XIII – Plano de Cuidados Sra. B

Apêndice XIV – Plano de Cuidados Sr. C

Apêndice XV – Estudo de Caso

Apêndice XVI – Jornal de Aprendizagem I

Apêndice XVII – Jornal de Aprendizagem II

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), sob a forma de um relatório que reflete o trabalho e pesquisa por mim desenvolvidos ao longo do estágio profissional.

O plano de estudos do Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica contempla a realização de prática clínica de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em dois contextos específicos: internamento de psiquiatria e serviços da comunidade, num total de 500 horas, que decorreram entre 28 de Setembro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016.

Desta forma optei por realizar o estágio de internamento num hospital da área de Lisboa. O estágio de comunidade foi desenvolvido na mesma instituição através de um projeto de visitas domiciliárias a pessoas referenciadas pelo mesmo hospital e residentes em Lisboa.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), os contextos clínicos facultam e potenciam no enfermeiro o desenvolvimento de um vasto conjunto de competências especializadas, através da prestação de cuidados à pessoa/família e comunidade. Os serviços de saúde mental na comunidade incluem valências desde a promoção, tratamento e reabilitação. Mobilizam uma multiplicidade de intervenções que vão ao encontro das novas políticas de saúde mental, nas quais se preconiza a existência de equipas especializadas, que atuem na comunidade e respondam às necessidades específicas da pessoa/família e grupos com necessidades em saúde mental.

Este trabalho intitula-se “Intervenção de Enfermagem na Reabilitação Psicossocial da Pessoa com Doença Mental - Consulta de Enfermagem no Domicílio”. Com ele procurei evidenciar a importância da intervenção do

enfermeiro especialista em Saúde Mental na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, através da consulta de enfermagem em contexto domiciliário.

A reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade a pessoas com dificuldades - por possuírem uma doença mental - de alcançarem o seu nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. Isso implica que profissionais e clientes, melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais, possam criar uma vida com a melhor qualidade possível (Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial, 2004).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005, p.151), “Visita Domiciliária” classifica-se como “Consulta”, motivo pelo qual irei denominar a minha intervenção no domicílio como “Consulta de Enfermagem no Domicílio”.

A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição geradores de sofrimento, alteração ou doença mental grave. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista desenvolver um juízo clínico singular, levando ao desenvolvimento de uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ser competente é ter em sua posse um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias (Alarcão, 2001). O conceito de competência associado à estratégia e à aprendizagem, agrega valor social ao indivíduo, uma vez que está também a investir em si mesmo, sob uma perspetiva pessoal e profissional privilegiando os processos autorreflexivos.

Considerarei que a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman poderia trazer contributos importantes, uma vez este modelo focaliza a reação do indivíduo ao *stress* e fatores envolvidos na reconstituição ou adaptação do sistema (Neuman, 1995), colocando em evidência a importância do contributo da Enfermagem para reduzir/trabalhar esses fatores de *stress* na promoção da saúde mental.

Neste trabalho irei fazer um enquadramento teórico da problemática em estudo, seguidamente uma breve observação sobre o meu percurso formativo enquanto enfermeira de saúde mental. Posteriormente irei explanar o plano de trabalho que preconizei, as intervenções desenvolvidas durante o estágio, assim como os seus contributos para a aquisição de competências de EESM e por fim, enunciarei considerações finais.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Modelo conceptual de Betty Neuman

A complexidade da intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário levou-me a realizar uma pesquisa bibliográfica sobre os vários modelos teóricos de enfermagem numa perspetiva integrativa de cuidados.

Ao perspetivar a abordagem sistémica da família e respetivos membros numa visão holística e multidimensional, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman torna-se numa mais valia na abordagem ao utente e sua família, atendendo a todo o ambiente complexo que interfere na estabilidade do seu sistema.

Neuman foi pioneira da enfermagem na saúde mental e define a pessoa como um sistema aberto em interação com o meio envolvente, progredindo nesta interação para o equilíbrio, encontrando estratégias de adaptação em conjunto com o utente e com a família, no sentido de encontrar um equilíbrio mais saudável em termos individuais e familiares, tendo em atenção as diferentes variáveis que podem conduzir a um efeito de maior ou menor vulnerabilidade, resistência e ou defesa (Kéroac et. al., 1996).

Segundo Neuman (1995), todas as pessoas se encontram num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio envolvente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. O *stress surge*, então, como criador de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por conseguinte, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os factores de *stress* rompem as linhas de defesa do indivíduo.

O Modelo Teórico de Betty Neuman concentra-se na resposta do sistema cliente real ou potencial de pressão ambiental e ainda na aplicação de prevenção primária e terciária para manter, obter e recuperar o bem-estar do cliente como

elemento do sistema e constituído por diferentes variáveis de interação social (Tomey & Alligood, 2004).

Neste modelo a Pessoa é encarada como um sistema aberto, em interação constante com o ambiente. É composta por cinco variáveis constituintes da estrutura básica e que interagem entre si: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual (Neuman, 1995). A variável fisiológica refere-se à estrutura e às funções do organismo; a variável psicológica aos processos mentais e relacionamentos; a variável sociocultural às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais; a variável desenvolvimento aos processos relativos à evolução durante o ciclo de vida; e a variável espiritual à influência das crenças espirituais.

Esquemáticamente a pessoa é representada por uma estrutura circular constituída por um núcleo, onde se inclui a estrutura genética, padrões de resposta e estrutura do ego (Anexo I). Essa estrutura circular é, ainda, constituída por linhas de defesa que funcionam como mecanismos protetores do núcleo. É considerado o ambiente interno, externo e o ambiente criado (Tomey & Alligood, 2004).

Neuman (1995) apresenta uma definição de pessoa enquanto sistema, abordando-a como uma composição de variáveis, em que cada uma é parte do todo e o seu conjunto forma o cliente. O cliente é um sistema composto por uma estrutura básica concêntrica, com fatores essenciais e círculos que atuam como protectores do sistema. Estes círculos funcionam como escudos e são compostos pelos *stressores*, as variáveis e as diferentes proposições que no seu conjunto atuam para manter, obter ou recuperar a estabilidade e integridade do sistema.

Segundo a autora, os *stressores* são fenómenos que podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões. Podem ainda conduzir a resultados positivos ou negativos, ou seja, são estímulos quer externos, quer

internos que exercem positiva ou negativamente influência face às decisões, atitudes e comportamentos relacionado com o ser humano.

Neuman (1995) definiu três tipos de *stressores* ambientais: intrapessoais, como emoções e sentimentos do cliente; interpessoais, como a expectativa do papel do indivíduo; e extrapessoais, como problemas financeiros ou no trabalho.

O Ambiente é considerado por Neuman (1995) como todos os fatores internos e externos ou influências ambientais. Deste modo, o cliente pode ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento.

O conceito de Saúde é definido por Neuman (1995) como a harmonia de interação entre o sistema cliente, tendo em vista o bem-estar. Equivale à sua estabilidade, considerado como o melhor estado de saúde para o cliente. A autora considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do cliente para preservar e acentuar a integridade do sistema.

O Processo de Enfermagem sugerido por Neuman consiste em três passos: diagnósticos de enfermagem, objetivos de enfermagem e resultados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo os mesmos autores, este modelo de sistemas tem sido utilizado com eficácia nos Estados Unidos em contexto de consulta domiciliária de psiquiatria, resultando em diminuição dos reinternamentos.

## **1.2. Desinstitucionalização da pessoa com doença mental**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), as doenças mentais afetam cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em 2020 esta será uma das principais causas de invalidez nos países desenvolvidos.

A criação da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em 2006 deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa, entre outros objetivos, “promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.” (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março, p.1400).

A desinstitucionalização consiste essencialmente na transição da pessoa com doença mental, do contexto tradicional e institucional para a comunidade, onde se continuam a prestar os cuidados necessários. A pessoa deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a responsabilidade da família, ambos sujeitos (pessoa com doença mental e familiar cuidador) ao cumprimento das determinações médicas. Enquanto a desinstitucionalização abre as portas do hospital, a reabilitação abre as portas da comunidade à pessoa com doença mental (Anthony, 1990).

Segundo Alves (1998), em Portugal o sistema de saúde mental seguiu, com atraso, a evolução da psiquiatria europeia, ao nível dos conceitos, ao nível organizativo, e ao nível dos métodos terapêuticos. Apesar de, desde a década de 60, as sucessivas legislações refletirem as recomendações internacionais no que respeita à desinstitucionalização e à abertura à comunidade, na prática as mudanças que se foram verificando não alteraram a supremacia hospitalar na psiquiatria.

A integração da saúde mental no sistema nacional de saúde apenas se começou a efetivar na década de 90 numa orientação hospitalocêntrica que contraria o próprio espírito do movimento de desinstitucionalização (Alves & Silva, 2004).

As mesmas autoras referem que “a 'des-hospitalização', embora lenta e incompleta, foi-se realizando de facto mas sem o concurso de estruturas



comunitárias de apoio (...), ou as complementares estruturas de enquadramento social” (Alves & Silva, 2004, p. 62-63).

A sociedade civil secundária tem corporizado algumas responsabilidades sociais de apoio à desinstitucionalização, mas estas só de forma muito parcial e incipiente respondem às necessidades identificadas como lacunas de política social (Alves & Silva, 2004).

Basicamente, a desinstitucionalização conseguiu um único resultado: a transferência de pacientes com doenças mentais graves para a comunidade, tarefa relativamente fácil quando comparada com os objetivos da reabilitação. Por outras palavras, a desinstitucionalização abriu as portas das instituições e deu, literalmente, às pessoas uma receita médica para os seus medicamentos aquando da saída (Anthony & Farkas, 2012, p.15).

Na realidade, quando se fala em integração da pessoa com doença mental na comunidade, fala-se quase exclusivamente na integração dos doentes em suas famílias, sendo estas o recurso mais económico da implementação da psiquiatria comunitária. As famílias são, pois, a estrutura extra-hospitalar menos exigente, não tratado como parceiro da estratégia terapêutica e de reabilitação, mas como mera transferência de tutela dependente. O doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a responsabilidade da família, ambos sujeitos ao cumprimento das determinações médicas (Alves & Silva, 2004).

Desta forma, a família torna-se uma célula fundamental, é aí que as gerações se encontram, se entreadjudam e se completam. Nas sociedades onde a expectativa de vida está a ser ampliada, as relações familiares mostram novos desafios, e de acordo com Freitas (2002) citado por Martins (2006, p. 131) há questões éticas que devem ser consideradas: “os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas; os membros da família são vinculados uns aos outros; a necessidade de intimidade produz responsabilidade; as famílias são histórias em andamento...”.

Por outro lado, as redes de amigos têm-se revelado um importante elemento de prevenção em múltiplas doenças, sobretudo nas mentais. As deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associadas a um acréscimo de vulnerabilidade às doenças, quer físicas quer psíquicas (Nogueira, 1996, citado por Martins, 2006).

### **1.3. Reabilitação Psicossocial**

Em saúde mental, muitas vezes em condições de pobreza extrema, com carências económicas, educacionais, sanitárias, de espaços de lazer e conforto que lhe permitam levar uma vida dignificante junto da família e na presença de alguém que, necessitando de ajuda e de cuidado, não é ouvido nas suas angústias, necessidades e problemas, resta apenas ao cuidador o caminho de tentar internar de novo o seu familiar. Mais do que conviver com o doente, a família tem de conviver com a marca social da doença.

É sabido que a falta de adesão ao regime terapêutico está sinalizada como a principal causa de recaídas e reinternamentos. Existe um risco de recaída até 100% para os clientes que interrompem o tratamento farmacológico (Paz e Bennasar, 2007).

A CIPE (2005), define adesão como uma ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos, em que a pessoa cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, mostra sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

Stuart & Laraia (2001) evidenciam a dificuldade na realização das atividades de vida diárias, relações interpessoais, baixa autoestima, falta de

motivação e má adesão ao projeto terapêutico como focos importantes para a reabilitação destes clientes.

Caballo (2010) defende que as relações interpessoais constituem uma parte básica da vida de qualquer indivíduo. Perante grande parte dos problemas do foro mental, o treino de competências sociais constitui um procedimento útil de tratamento. Sendo o homem considerado um “animal social” são poucos os transtornos psicológicos nos quais não esteja implicado o ambiente social que o rodeia.

De acordo com Anthony & Farkas (2012), a reabilitação psiquiátrica dirige-se a pessoas com incapacidades, por terem uma doença do foro mental, em realizar determinadas tarefas e funções, e desempenhar vários papéis na comunidade. Promove a recuperação, a integração plena na comunidade e melhoria da qualidade de vida. “A reabilitação tenta abrir as portas da comunidade e ajudar as pessoas a desenvolver, metaforicamente, uma receita médica para as suas vidas” (Anthony & Farkas, 2012, p.15).

Segundo a OMS (2001), a reabilitação psicossocial é um processo que oferece à pessoa debilitada, incapacitada ou deficiente por doença mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade onde se insere. Envolve tanto o desenvolvimento das competências individuais como a introdução de mudanças sociais. A OMS estabeleceu como objetivos primordiais da reabilitação psicossocial, o *empowerment* das pessoas com doença mental; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado. Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde.

Do Modelo Curativo ao Modelo das Aptidões e Perícias, Modelo das Incapacidades e Modelo das Necessidades, são vários os modelos de reabilitação psicossocial, com técnicas e métodos que contribuíram para uma

maior diversidade das intervenções em reabilitação conduzindo uma maior definição e especificidade desta área no âmbito da Saúde Mental.

Hirdes (2001), citado por Anastácio & Furtado (2012) descreve as várias etapas que devem ser seguidas para alcançar a reabilitação psicossocial, dentre elas: a redução da sintomatologia e iatrogenia; redução da discriminação e estigma do doente mental; apoio familiar e social; reabilitação profissional e emprego; e aumento das habilidades sociais dos indivíduos.

Para Anthony (1993), citado Anastácio & Furtado (2012) a pessoa com doença mental pode recuperar mesmo que ainda conviva com os sintomas, pois *recovery* significa recuperar dos efeitos do ambiente de tratamento. Significaria ter autodeterminação para vencer a falta de oportunidade, as consequências do desemprego e dos sonhos que foram destruídos com a doença mental.

Este conceito de *recovery* tem sido usado em alguns países, como Portugal e Canadá, para reorientar programas de saúde mental. Fala-se em reconversão de programas de Reabilitação em programas de Integração e *Empowerment* (Ornelas et al, 2005), citado por Anastácio & Furtado (2012). A perspetiva de *recovery* assinalou, pois, uma revolução significativa no paradigma da Saúde Mental, com mensagens de esperança e confiança (Monteiro & Matias, 2007).

#### **1.4. Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário**

Sendo a relação, entre enfermeiro e cliente, a essência dos cuidados de enfermagem, o contexto domiciliário surge como o meio através do qual os enfermeiros podem conhecer o utente, compreendê-lo e constituir por si próprio um valor terapêutico.

Tradicionalmente, são na sua maioria pessoas idosas portadoras de situações de doença crónica os maiores beneficiários. No entanto,

progressivamente, e desde a década de noventa que se têm alargado a outros grupos, como as crianças ou as mães no período pós-parto (Rice, 2004, citado por Jesus, 2010).

Em Portugal, nos termos da alínea d) do Artigo 83º do Código Deontológico dos Enfermeiros – Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril, atualizado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, é dever dos enfermeiros assegurar a continuidade de cuidados, seja em contexto institucional ou domiciliário, como forma de corresponder ao direito dos utentes ao cuidado.

Não é muito comum na literatura nacional ou internacional a denominação de Consulta de Enfermagem Domiciliária, quando os enfermeiros e investigadores se referem aos cuidados de enfermagem prestados no domicílio dos doentes. É antes Visitação ou Visita Domiciliária (Ministério da Saúde, 1999, citado por Jesus, 2010). No entanto o termo Consulta de Enfermagem em contexto institucional ou domiciliário é utilizado em países como a Grã-Bretanha, Bélgica, França e países nórdicos (Jesus, 2010, citando Negri, 2006).

Neste sentido, a consulta de enfermagem assume um processo interativo entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra que se disponibiliza a ajudá-la. A consulta de enfermagem no domicílio possibilita à equipa de saúde a observação do cliente no seu contexto e a monitorização das condições da habitação, higiene, saneamento básico e relações afetivas entre os membros da família (Padilha 1994, citado por Labete et al, 2004, p. 628).

Os enfermeiros devem pois, estar conscientes de que a consulta de Enfermagem no domicílio deve ser realizada com cuidado e necessita de tempo para que se estabeleça uma relação de confiança entre os profissionais e a família.

Além de constituir uma forma de enriquecimento profissional, este processo é também uma responsabilidade que requer perícia para agir no espaço extra-hospitalar. É frequente a tomada de decisão e a capacidade de um diagnóstico precoce das diferentes situações clínicas, funcionais e sociais (Mayor et al,

2010). Esta assume-se como um espaço terapêutico que permite maior promoção do autocuidado e suporte, bem como atividades formativas e informativas, o que vai ao encontro aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental enunciados pela ordem dos enfermeiros através do Regulamento n.º 356/2015 (Anexo II), onde é salientado que o enfermeiro especialista deve promover: a capacitação da comunidade e família para o respeito e integração da pessoa diferente; a otimização dos recursos do indivíduo, família e comunidade para manter e/ou promover a inclusão da pessoa em sofrimento mental decorrente da situação de diferença; a promoção da participação da pessoa com doença mental na vida da comunidade de pertença e o envolvimento da pessoa, família e comunidade nas estratégias promotoras da inclusão; o desenvolvimento de estratégias promotoras da inclusão ativa de pessoas com problemas de saúde mental na sociedade, incluindo as condições de habitação, a melhoria de acesso ao emprego, formação e oportunidades de educação; e a inclusão das pessoas com problemas de saúde mental, das suas famílias e cuidadores em todos os processos de decisão relativos à sua situação de saúde.

## **2. PERCURSO FORMATIVO**

A minha experiência profissional na área da saúde mental tem-se desenvolvido ao longo dos últimos 9 anos. Tenho centrado a prática essencialmente nos clientes em situação de crise, em internamento de agudos, mas em dois contextos distintos: o do hospital psiquiátrico e o de internamento de psiquiatria inserido no hospital geral, motivo pelo qual senti de alguma forma necessidade em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da prestação de cuidados ao cliente inserido no seu contexto (família e comunidade).

Esta, associada a uma certa inquietude pelos frequentes reinternamentos, pela noção da não adesão de muitos clientes e pelas dificuldades financeiras inerentes ao contexto socioeconómico atual, leva-me à necessidade de uma intervenção direcionada ao cliente no seu ambiente, no seu contexto familiar e social, de forma a promover a sua saúde mental e prevenir recaídas.

Se um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental é diminuir a institucionalização, este conceito de desinstitucionalização criou uma nova síndrome: “Síndrome da Porta Giratória”, caracterizado não só pelo reinternamento da pessoa que recebeu tratamento recentemente, mas também pela saúde física precária, isolamento social, dificuldade na realização das atividades de vida diárias, desemprego e pobreza (Ferreira et al, 1994, citando Caton, 1984).

O mesmo autor, citando Bellack (1986), refere que surgiu, assim, um conceito de cronicidade, os “novos crónicos”, indivíduos geralmente jovens, quer com hospitalizações superiores a um ano mas inferiores a cinco anos, quer com hospitalizações diversas perfazendo o mesmo período. Todavia, muitos dos considerados “novos crónicos” são “velhos crónicos” que tendo vivido intervaladamente na comunidade requerem cuidados permanentes.

Gulassa (2011) caracteriza a mesma síndrome, esclarecendo que o doente parece bem, mas ao receber alta sofre deterioração no quadro geral num curto período (meses, semanas ou dias), tornando-se necessário o seu reinternamento.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Anexo III), o enfermeiro especialista necessita de desenvolver competências para estar habilitado a prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito da promoção da saúde mental do indivíduo, ajudando-o a recuperar a sua saúde ao longo do ciclo de vida, integrado na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, desenvolvendo programas de reabilitação e reinserção individual e socioprofissional, participando ativamente nos processos de mudança e promovendo em simultâneo investigação nessa área de intervenção.

As intervenções do enfermeiro especialista no tratamento das pessoas com doença mental, têm sempre subjacente dar a resposta adequada à pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a sua patologia, quer seja adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil ou *stress* do prestador de cuidados.

Foi com base neste enquadramento teórico e nas minhas inquietudes pessoais que delinee e executei atividades importantes para a minha formação enquanto futura especialista em saúde mental, no sentido de melhorar competências já desenvolvidas e adquirir novas, numa perspetiva teórico-prática, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados à pessoa com doença mental e sua família.



### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Finalidade e Objetivos**

A finalidade deste trabalho consiste no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Assim sendo, ao longo do estágio tive como objetivo principal:

- Desenvolver intervenções que conduzam à aquisição de competências de EESMP, nomeadamente: ajudar a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Delineei como objetivos específicos:

- Estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;
- Identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes;
- Realizar e implementar um plano de cuidados individualizado à pessoa com doença mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

#### **3.2. Plano de Trabalho**

A consulta de enfermagem no domicílio baseia-se numa perspetiva de cuidados integrados e continuados, tendo como objetivo principal responder de forma individualizada às necessidades da pessoa/família com doença mental.

Este processo apoia-se no Modelo Teórico de Betty Neuman, descrito no ponto 1.1. que, por meio de uma abordagem sistémica, vê a pessoa como um ser holístico em constante interação com o meio envolvente.

Ao longo do estágio prestei cuidados centrados na pessoa, como meio de desenvolvimento de atitudes e respostas terapêuticas promotoras do processo de mudança. No internamento desenvolvi atividades de cariz psicoeducativo em grupo, com o objetivo de fornecer informações sobre a doença mental, promover a adesão ao projeto terapêutico, ensinar estratégias para lidar com o *stress* e prevenir recaídas. Na comunidade priorizei a promoção da relação terapêutica com o utente/família, o ensino de estratégias adaptativas à sua condição de saúde, bem como do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação, e o acesso aos cuidados de saúde mental existentes na comunidade.

Procedi também à realização de um estudo de caso. Este pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações. É um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, na sua complexidade e dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão (Creswell, 1998 e Lüdke, 1986, citados por Galdeano et al, 2003).

Por forma a estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, realizei uma colheita de dados junto dos utentes e familiares por meio da observação e entrevista semiestruturada. A entrevista teve por base o Processo de Enfermagem sugerido por Neuman (Apêndice I), com o intuito de identificar as perceções do cliente/sistema, identificar as perceções do prestador de cuidados (enfermeiro) e comparar as perceções do cliente e prestador de cuidados.

Como instrumentos de recolha de dados perspetivei a utilização do Índice de Lawton & Brody (Apêndice II). Este mede a funcionalidade instrumental de

oito Atividades Instrumentais de Vida Diárias, permitindo identificar o tipo de ajuda necessária (uso do telefone, dos meios de transporte, fazer compras, preparo de refeições, lavar roupa, trabalho doméstico, responsabilidade pela medicação e capacidade para assuntos económicos), pelo que também será fundamental a sua aplicação para determinar o nível de autonomia funcional da pessoa com doença mental.

O Índice de Lawton & Brody tem sido utilizado de forma sistemática devido à sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda devido à sua utilidade para rastreio precoce de incapacidade nos utentes (Araújo, 2008).

Apliquei a versão apresentada por Sequeira (2007) por ter sido validada para a população portuguesa e por ser simples, fiável, de rápida aplicação e bem aceite pelos utentes. Este instrumento de avaliação tornou-se fundamental para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, servindo de base para a tomada de decisão e para o planeamento de intervenções de enfermagem centradas na pessoa.

Essenciais para a o meu processo ensino-aprendizagem foram também as orientações dadas pelos enfermeiros orientadores do local de estágio e pelos docentes por meio de orientações tutoriais em sala de aula, bem como o desenvolvimento de jornais de aprendizagem e registos de interação, promotores do meu autoconhecimento e enriquecimento profissional.

### **3.3. Instituições envolvidas**

Após um processo reflexivo, entrevistas informais com enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em saúde mental e reuniões de orientação com os professores regentes desta unidade curricular, optei por eleger um serviço de internamento de psiquiatria da área de Lisboa para

realização do estágio, sendo esta uma instituição de referência a nível nacional nos cuidados à pessoa com doença mental.

Inerente a este serviço encontra-se também um projeto de visitas domiciliárias iniciado em 2009 com o objetivo de garantir o tratamento e prevenção de recaídas dos doentes, numa perspetiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, a ser realizada na residência dos doentes.

Com base em entrevistas realizadas aos enfermeiros que trabalham diretamente neste projeto, tive conhecimento que os utentes que utilizam este serviço residem nas freguesias da área de Lisboa e que, por falta de motivação, dificuldades económicas, sem rede de suporte social ou situações familiares disfuncionais, não aderem ao projeto terapêutico. São maioritariamente pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos), previamente seguidas em consulta ou com internamento anterior na referida unidade hospitalar.

As consultas são realizadas por um enfermeiro acompanhado por assistente social ou psicólogo, de 2ª a 6ª entre as 8h e as 20h, de acordo com as necessidades dos clientes.

Cada dia da semana corresponde a uma área geográfica diferente, com um enfermeiro de referência e na 6ª feira realizam-se as consultas “SOS”, ou seja, utentes que não estavam disponíveis no dia da consulta ou que, por outros motivos, exigem avaliação imediata.

Os registos de enfermagem são realizados no processo físico do doente (em notas gerais) e através da plataforma informática SONHO, por meio de introdução de códigos referentes aos atos de enfermagem.

Os enfermeiros entrevistados foram consensuais ao referirem que a consulta de enfermagem no domicílio se tornou uma mais-valia no que diz respeito ao acompanhamento destes clientes, pois possuem um espaço

privilegiado para avaliação da situação social, familiar e nível de autonomia dos mesmos.

Identificaram como principais intervenções: administração de terapêutica *depot*, elaboração da caixa de medicação, articulação com restante equipa multidisciplinar para ajuste terapêutico ou encaminhamento à urgência, e a psicoeducação. Nesta última intervenção, os enfermeiros enfatizaram o treino de competências, ensinamentos sobre adesão ao projeto terapêutico, hábitos de exercício, hábitos de sono, ensinamentos ao prestador de cuidados e treino de atividades instrumentais de vida diárias.

Como principais dificuldades enumeraram a dificuldade em fazer o encaminhamento para os recursos da comunidade, muitas das vezes por desconhecimento dos recursos existentes. Também a dificuldade em incentivarem os clientes a realizarem atividades de distração. Muitas das vezes o enfermeiro de referência é a única pessoa com quem o utente contacta durante toda a semana. Finalmente realçaram os insuficientes e redutores registos de enfermagem, que algumas vezes não relatam o que efetivamente foi feito com o cliente e família.

Kaplan et al (1997) relatam que grande parte da psiquiatria está envolvida com a idade adulta, sendo esta a parte mais longa do ciclo vital. É um período de grandes mudanças, mais ou menos dramáticas, mas sempre contínuas. Estes autores enumeram algumas tarefas evolutivas características desta fase do ciclo vital: o casamento, a maternidade / paternidade, sexualidade, climatério masculino e feminino e separação.

Optei também por direcionar a minha intervenção à pessoa em idade ativa com défice de competências sociais e nas atividades de vida instrumentais de vida diárias, visto ser esta a principal utilizadora dos cuidados de enfermagem do projeto de visitas domiciliárias.

## **4. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO**

### **4.1. Unidade de Internamento**

De forma a enquadrar o meu local de estágio, irei inicialmente proceder a uma breve caracterização da unidade onde operacionalizei as minhas intervenções.

O serviço de internamento conta com 30 camas divididas em três unidades, uma para utentes do sexo masculino, outra para utentes do sexo feminino e uma terceira para utentes com mais de 65 anos. Existe uma sala de refeições, uma sala de convívio, um ginásio, uma sala de trabalho de enfermagem, dois gabinetes de apoio clínico e uma sala destinada ao períodos de visitas.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros (dos quais quatro são especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria), psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais e administrativa.

Para além da prestação direta de cuidados aos utentes, os enfermeiros dão especial importância à realização semanal da Reunião Comunitária, onde são discutidas as preocupações dos utentes relativamente ao funcionamento do serviço.

Os registos são realizados informaticamente através de plataforma própria, por meio de nomenclatura CIPE.

O facto de trabalhar em internamento de agudos há varios anos constituiu uma espécie de desafio, pois levou-me a aprofundar e fundamentar as atividades realizadas, procurando fazer mais e melhor do que já fazia de forma quase rotineira no meu local de trabalho. Desenvolvi por isso algumas sessões de cariz psicoeducativo direcionadas à adesão ao projeto terapêutico e gestão de *stress* (Apêndices III a X), sob orientação de uma enfermeira especialista.

#### 4.1.1. Sessões de Psicoeducação

A Psicoeducação pode ser entendida com um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: fornecer informações sobre a doença mental aos utentes e seus familiares e formas de lidar com a mesma; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro (Pereira et al, 2006). Refere-se a informação sistemática, estruturada e didática relativa à doença e ao seu tratamento, tendo em conta os aspetos emocionais individuais, permitindo estimular as pessoas a lidar com a doença adequadamente (Gomes, 2014 citando Rummel-Kluge et al, 2006).

O mesmo autor evidencia como benefícios associados à implementação de programas psicoeducativos a prevenção de recaídas, a redução de sintomas, o aumento do insight, o aumento do nível de funcionamento psicossocial, a desmistificação da doença e a diminuição do estigma, com consequente tradução na melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua família.

O foco da abordagem é geralmente pedagógico, contemplando a aquisição de informação, de perícias de comunicação e resolução de problemas / gestão do *stress* (Pereira et al 2006).

Os cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria devem, pois, integrar a psicoeducação como estratégia para manter, melhorar e recuperar a saúde em pessoas com doença mental.

Envolve essencialmente estratégias educacionais, orientadas para providenciar aos utentes informações sobre a doença mental e processo de recuperação, assim como mecanismos para reduzir e lidar com os sintomas.

As sessões tiveram a duração de 40-50 minutos, foram realizadas em grupo, em espaço próprio, com luz natural, arejado, de fácil acesso aos utentes, longe de distrações e propício à aprendizagem.

Como recursos pedagógicos utilizei: computador portátil, data-show, mesa, cadeiras, folhas e canetas.

O método foi fundamentalmente interativo, pois as pessoas aprendem a informação processando-a ativamente através da discussão com outra pessoa. Ensinar num estilo interativo torna a aprendizagem uma atividade interessante e ativa, transmitindo ao utente importantes contributos no processo de recuperação (CIR, 2009).

A avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes foi tida em conta por meio de um questionário (Apêndice VI) e da observação direta no momento das sessões, observando comportamentos, reações, interesse e dificuldades dos utentes. O facto de se proceder à avaliação após a sessão, permitiu analisar em pormenor o decorrer da mesma, assim como, detetar erros e limitações para serem minimizados ou suprimidos em sessões futuras.

A Sessão de Psicoeducação “Adesão ao Regime Terapêutico” (Apêndice IV) decorreu no dia 30-10-2015 pelas 11h no ginásio do internamento. Participaram 9 utentes (4 do sexo feminino e 5 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 20 e os 68 anos.

Foram seleccionados utentes já com alguma crítica para a doença e para a necessidade de tratamento, pelo que na sua grande maioria mostraram interesse nos conteúdos da sessão.

Inicialmente apresentei-me, solicitei a apresentação dos utentes e apresentei o tema e objetivos da sessão. Como forma de dinamizar a sessão, auxiliei-me de uma apresentação em *power point* sobre a temática, promovendo simultaneamente a discussão e partilha de opiniões com utentes. Utilizei linguagem simples e de fácil compreensão.

Concluí com uma síntese dos principais assuntos discutidos e realizei a avaliação da sessão por meio da observação direta, aplicação de questionário e *feedback* dos utentes. No final foi entregue um folheto (Apêndice V) com as



ideias-chave acerca desta temática. “Os profissionais devem programar algum tempo na sessão para as pessoas responderem às perguntas (...) e preencherem as tabelas e questionários” (CIR, 2009, p.10)

Considero que a sessão foi bem planeada. Houve partilha de experiências e conhecimentos. Após análise e reflexão acerca desta intervenção, considero ter sido uma mais valia participarem utentes com diferentes faixas etárias e estadios diferentes da doença (alguns estavam a vivenciar o primeiro internamento, outros já tinham tido vários). Por outro lado, o facto de possuírem uma patologia do mesmo foro com sintomatologia semelhante, facilitou a verbalização e identificação de sentimentos pelos elementos do grupo.

Alguns utentes revelaram que os seus conhecimentos sobre a temática eram insuficientes, pelo que a consideraram útil no seu processo de recuperação.

Estes aspetos são bem elucidativos das vantagens das sessões em grupo, pois providencia aos utentes mais fontes de comparação, motivação, ideias e exemplos a seguir (CIR, 2009).

Tive especial atenção em promover uma comunicação bilateral, de forma a evitar parecer uma palestra, tornando a sessão num processo interativo e adequado ao grupo. A entrega do folheto também foi por si só um momento de aprendizagem, pois resultou na discussão do mesmo, aspeto que foi verbalizado pelos utentes como facilitador da aprendizagem.

Fruto da avaliação realizada *a posteriori*, reconheci como aspetos a melhorar uma melhor seleção de imagens. Estas não deveriam ser tão alusivas à toma da terapêutica. Teria sido pertinente uma seleção de imagens mais sugestivas de estilos de vida saudáveis, para dar ênfase à ideia de que a adesão ao regime terapêutico não se cinge apenas à toma da medicação.

A Sessão de Psicoeducação “Lidar com o *Stress*” (Apêndice XIX) foi desenvolvida no dia 09-11-2015 pelas 20h no ginásio do internamento.

Participaram 7 utentes (6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 38 e os 68 anos.

Dinamizei a sessão à semelhança da anterior, quer em termos do local, duração e grupo alvo, promovendo simultaneamente a discussão e partilha de opiniões com os utentes. Seguidamente promovi um momento de relaxamento, com exemplificação de técnicas simples a que possam recorrer após a alta. As técnicas foram realizadas sentados nas cadeiras e envolveram exercícios de contração e alongamento muscular. Auxiliei-me de música clássica como promotora de um estado de calma e tranquilidade. Concluí também com uma síntese dos principais assuntos discutidos e realizei a avaliação da sessão por meio da observação direta, aplicação de questionário e *feedback* dos utentes.

Notei que este foi um tema com alguma complexidade, uma vez que dois dos utentes não conseguiram compreender os aspetos fulcrais da sessão. Este aspeto surge como uma desvantagem das sessões em grupo. Neste caso específico seria pertinente uma sessão em formato individual aos utentes identificados, adaptando o material às necessidades dos mesmos.

Apesar de não ter sido verbalizado pelos utentes, penso que o facto de a sessão ter ocorrido no final do dia causou algum incómodo, pois alguns utentes já se encontravam um pouco sonolentos. Por outro lado, tive a oportunidade de constatar no dia seguinte que alguns utentes referiram ter tido um sono descansado e reparador. De uma forma geral, consideraram a sessão útil no seu processo de recuperação.

Os programas psicoeducativos são sempre válidos, independentemente da sua periodicidade. No entanto, de acordo com a bibliografia consultada, geralmente envolvem várias sessões periodicamente, com duração de meses ou anos. Por este motivo tenho a consciência que alguns conteúdos abordados nas sessões que realizei poderão ser a longo prazo descurados pelos utentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), o EESM “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e

psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Considero, pois, ter desenvolvido competências nesta área através da implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão dos problemas relacionados com a saúde mental. Analisei o impacto dos sinais e sintomas na habilidade e disponibilidade para aprender, planeei abordagens de acordo com a situação, e promovi o ensino sobre os efeitos adversos das opções terapêuticas, bem como estratégias para os minimizar. Por outro lado utilizei intervenções psicoterapêuticas de grupo para facilitar respostas adaptativas que permitam ao utente recuperar a sua saúde mental, bem como libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

#### **4.2. Serviços de apoio à Comunidade**

O início desta nova etapa foi caracterizada por um processo de integração a uma forma de cuidar num contexto diferente do que estava habituada. Numa fase inicial acompanhei todos os enfermeiros de referência para, desta forma, tomar consciência das suas intervenções, quais as dificuldades e limitações com que se deparavam e quais as características dos utentes a quem realizavam as consultas de enfermagem no domicílio.

Desde a moradia com jardim ao bairro social, ao prédio com elevador e ao apartamento semi destruído... muitas são as zonas abrangidas por um par de profissionais de saúde dedicados que diariamente com um sorriso nos lábios e uma viatura conduzida pelos próprios tentam chegar ao contexto próprio de cada utente e assim entram nas suas vidas, no seu domicílio, no seu lar.

Deparei-me com um número elevado de consultas a serem realizadas num escasso período de tempo, em virtude das inúmeras referenciações realizadas até à data. Identifiquei como principais intervenções de enfermagem a administração de terapêutica *depot*, a elaboração da caixa semanal/quinzenal de medicação, os ensinamentos sobre importância da adesão ao projeto terapêutico e estilos de vida saudáveis (hábitos tabágicos, higiene do sono, prática de exercício físico).

Identifiquei a articulação com os recursos na comunidade como um problema com potencial para comprometer os objetivos do projeto. Os enfermeiros intervenientes no processo referiram dificuldade em encaminhar os utentes para a comunidade, muitas das vezes por desconhecimento dos recursos existentes. Este facto lembrou-me um aspeto acerca da desinstitucionalização referido anteriormente: “basicamente, a desinstitucionalização conseguiu um único resultado: a transferência de pacientes com doenças mentais graves para a comunidade, tarefa relativamente fácil quando comparada com os objetivos da reabilitação (Anthony & Farkas, 2012, p.15).

Por este motivo procedi ao levantamento dos recursos existentes na comunidade (Apêndice XI), nomeadamente nas zonas relativas às consultas de 4ª feira, por ser esta a área de intervenção da minha enfermeira orientadora. Entre contactos telefónicos, via email ou pessoalmente, entrei em contacto com juntas de freguesia, associações e a câmara municipal. Confesso ter ficado algo surpreendida pelo grande número de recursos que existem na comunidade, facto que desconhecia até então.

Seguiu-se então a fase da colheita de dados, planeamento e intervenções de enfermagem à pessoa e contexto domiciliário. Utilizei o índice de Lawton & Brody como ferramenta para identificar a necessidade de cuidados para a promoção da autonomia nas atividades instrumentais de vida diárias. Operacionalizei planos de cuidados individualizados aos utentes, dentro do

tempo que era proporcionado (Apêndices XII a XIV), tendo sempre como linha orientadora do pensamento o modelo dos sistemas de Neuman.

A escassez de tempo e a periodicidade das consultas (algumas de 2/2 ou 3/3 semanas) tornaram-se um elemento limitativo na minha intervenção.

Foi, pois, a tomada de consciência de que a consulta de enfermagem no domicílio necessita de tempo para que se estabeleça uma relação de confiança e se realizem intervenções individualizadas com vista ao *recovery* e ao *empowerment* de cada utente, com vista ao alcance da estabilidade do sistema.

Findo este processo, foi solicitada pela enfermeira orientadora uma reflexão crítica sobre o projeto, de forma a dar conhecimento aos profissionais envolvidos as principais dificuldades encontradas, características do projeto com potencial de sucesso e desenvolvimento, bem como sugestões de mudança. Para dar resposta a este desafio, foi realizada uma análise SWOT formalizada no serviço de internamento, que descreverei a seguir.

#### 4.2.1. Projeto de Visitas Domiciliárias – “Análise SWOT”

Esta sessão decorreu no dia 11.02.2016 pelas 14h no ginásio do internamento. Contou com a presença de 8 enfermeiros, 6 dos quais envolvidos diretamente no projeto. Foi feita uma apresentação das moderadoras, assim como o tema e objetivos da formação.

Esta teve como objetivos caracterizar o projeto através de uma análise SWOT, enumerar sugestões de mudança e promover um espaço de reflexão/partilha de opiniões.

A Análise SWOT ou Análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário, sendo usada como base para a gestão e planeamento estratégico de uma corporação ou

empresa, mas podendo, devido à sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário.

O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrónimo de Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*).

De acordo com Turner (2010), este tipo de análise tem por base duas vertentes: a interna e a externa. A vertente interna representa a organização atualmente e refere-se aos aspetos internos que a diferenciam de outras organizações. Aqui incluem-se os pontos fortes (*streghts*), que são vantagens das quais se pode tirar partido para a sua maximização; e os pontos fracos (*weaknesses*), que são pontos fracos que existem capazes de comprometer o desenvolvimento da mesma. A vertente externa representa as oportunidades (*opportunities*), que são elementos externos positivos capazes de proporcionar uma vantagem em relação a outras organizações; e as ameaças (*threats*), que são aspetos externos negativos que podem diminuir o potencial da organização ou empresa.

Em relação aos fatores internos, foram identificadas como pontos fortes: o facto de ser um projeto consolidado desde 2009, com resultados da sua eficácia – redução do número de internamentos; a existência de uma equipa multidisciplinar com enfermeiro de referência fixo; o empenho dos profissionais envolvidos; a existência de uma sala de reuniões e meterial destinado apenas ao projeto; a existência de telemóvel próprio; e a realização de *follow-up* telefónico quando necessário.

Como pontos fracos foram identificados: critérios de referenciação mal definidos; critérios de alta inexistentes; área geográfica diferente do internamento; dificuldade na articulação com médico assistente quando este pertence a outro serviço; número elevado de consultas; fraca articulação com os recursos da comunidade; e dificuldade de acesso aos domicílios dos utentes devido ao estacionamento, parquímetros, etc.

Relativamente aos fatores externos, como oportunidades foram identificadas: um aumento do número de utentes através do alargamento a outras zonas de Lisboa; o alargamento do horário de consultas; o aumento dos profissionais envolvidos; o aumento da rotatividade de utentes por meio de critérios de alta; e a integração dos utentes na comunidade.

Foi também identificado que o objetivo do projeto ficaria comprometido pelo número elevado de consultas, comprometendo também o sucesso da reabilitação psicossocial, bem como o desinvestimento e desmotivação por parte dos profissionais envolvidos.

Finalmente foi sugerida como forma de melhoria do projeto a implementação de uma reunião quinzenal para discussão de casos clínicos, uma triagem das referenciações a ser feita pelo enfermeiro, a identificação de critérios de alta, a criação de processos de clínicos uniformizados, a referenciação de utentes para a comunidade, o aumento do horário de consultas e o envolvimento de motorista para assegurar o transporte dos profissionais.

Foi ainda fornecido aos enfermeiros uma sugestão de criação de processo clínico que abrange um instrumento para colheita de dados, um instrumento para avaliação das atividades instrumentais de vida diárias e um guia com os recursos em saúde mental existentes em Lisboa (ANEXO IV).

Analisando a sessão à *posteriori* considero que esta foi bem recebida e aceite pela equipa, houve espaço para partilha de experiências e opiniões, sendo que todos os enfermeiros participaram ativamente na discussão.

Foi com grande satisfação que observei a receptividade dos enfermeiros envolvidos no projeto e a forma como se identificaram com as questões que tinham sido apresentadas. Mais do que uma mera ação de formação, senti que havia deixado algum contributo para a instituição e para os profissionais.

Acerca das competências específicas do EESM, a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3) refere que o EESM “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida,

família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”. Considero ser esta a competência que mais tive oportunidade de desenvolver, uma vez que avaliei a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos e comunidade e os sistemas sociais. Avaliei factores promotores da saúde mental, assim como predisponentes à doença mental na comunidade, avaliei as capacidades internas dos utentes e recursos externos para manter e recuperar a sua saúde mental e avaliei o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade dos utentes. Por outro lado também contribuí para o desenvolvimento de projetos promotores da saúde mental no local de trabalho entre os pares.

#### **4.3. Estudo de Caso Clínico**

Durante todo o período de estágio tive a oportunidade de prestar cuidados centrados na pessoa e família, procurando fornecer respostas terapêuticas promotoras de mudança e adaptação.

Elaborei um estudo de caso clínico sobre um dos utentes a quem prestei cuidados, quer no internamento, quer na comunidade (Apêndice XV).

O estudo de caso, segundo Fortin (1999) consiste numa pesquisa aprofundada de um indivíduo, de um grupo ou de uma organização. Ponte (2006) define estudo de caso como processo que se assume como particularístico, único ou especial, pelo menos em alguns aspetos, contribuindo para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

Neste caso em concreto procedi à elaboração de um estudo de caso clínico para a compreensão e intervenção numa situação específica. Tornou-se essencial no meu processo ensino-aprendizagem pois pude aprofundar uma



situação concreta e conhecer a sua especificidade e particularidades à luz do Modelo Teórico de Betty Neuman. Utilizei taxonomia CIPE para identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Foram vários os motivos que levaram à seleção do utente X para a realização do estudo de caso: pela sua colaboração, pelo diagnóstico médico, por ser um primeiro internamento, pelo encaminhamento para o projeto de visitas domiciliárias, pela problemática do internamento compulsivo.

O Sr. X é um cliente de 64 anos de idade, nacionalidade portuguesa. Sem antecedentes de saúde relevantes, é internado com o diagnóstico de *Folie a Deux*, ficando em regime de internamento compulsivo por recusa de tratamento e risco para si próprio e terceiros.

A *Folie a Deux* / *Shared Psychotic Disorder* descreve um fenómeno em que os sintomas mentais, geralmente delírios, são comunicados de partir de um indivíduo psiquiatricamente doente para outro indivíduo que os aceita como verdade (Alves, 2014, citando a Oxford University Press).

As principais características são a aceitação inquestionável de crenças delirantes e a que resulta de uma falta de avaliação crítica por ambos os membros, agravado pelo recorrente isolamento social nesses doentes. Os delírios são geralmente de conteúdo persecutório, místicos, grandiosidade ou infestação (Nielssen, 2013, citado por Alves, 2014).

A maioria dos casos ocorre entre membros da mesma família, sendo que em cerca de metade dos casos ocorrem entre irmãs, pai-filho ou mãe-filha (Mouchet-Mages, 2008, citado por Alves, 2014).

Segundo o DSM V, esta patologia refere-se a “*Delusional Disorder*” ou “*Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder*”, abandonando o conceito de “*Shared Psychotic Disorder*” / “*Folie a Deux*”. Caracteriza-se pela presença de um ou mais delírios com duração de um mês ou mais; as alucinações quando presentes não são relevantes e estão

relacionadas com o tema do delírio; o funcionamento dos doentes não é prejudicado e o seu comportamento não é obviamente estranho; podem ocorrer episódios depressivos ou maníacos mas de curta duração relativamente aos delirantes; não é atribuível a outra condição médica.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde, em Portugal o internamento compulsivo está regulamentado pela Lei de Saúde Mental, constituindo uma restrição da liberdade com objetivos exclusivamente terapêuticos. A lei assume um modelo de tipo judicial, no qual a garantia dos direitos fundamentais do indivíduo é colocada em primeiro plano uma vez que valoriza a proteção e promoção da saúde mental.

Para se efetuar um internamento compulsivo, é necessário que sejam confirmadas determinadas condições ou pressupostos (Lei da Saúde Mental, Artigo 12º):

“O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado”;

“Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

Embora seja uma decisão inteiramente clínica, o internamento compulsivo depende sempre da formalização por um tribunal e só é permitido se for a única forma de aplicar um tratamento estritamente necessário.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), o EESM “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizado as dinâmicas próprias de cada contexto”.

Considero ter desenvolvido competências neste âmbito, uma vez que identifiquei problemas e necessidades específicas da pessoa, no âmbito da saúde mental, avaliei o impacto de factores de *stress* dentro do contexto familiar,

identifiquei complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental. Também identifiquei e monitorizei resultados esperados determinantes para avaliar a efetividade do plano de cuidados, monitorizei a segurança do utente, geri o regime medicamentoso, bem como emergências psiquiátricas, elaborei e implementei o plano de cuidados, colaborando com a Autoridade de Saúde relativamente ao internamento compulsivo e orientei o utente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados. Não menos importante apliquei sistemas de taxonomia estandardizados preconizados pela OE.

## 5. DISCUSSÃO

Todo este processo envolveu diversos momentos de articulação teórica e prática através da realização de intervenções de enfermagem que se constituíram como momentos privilegiados de desenvolvimento de competências especializadas no campo de intervenção da saúde mental e psiquiátrica.

Ao longo das exposições feitas neste relatório, foram já possíveis relatar algumas competências adquiridas bem como resultados de aprendizagem esperados para o enfermeiro mestre neste campo de especialidade.

Não posso deixar relatar a importância dos momentos de partilha, análise e reflexão sobre as práticas, que se tornaram uma mais valia no processo de autoconhecimento, por meio de jornais de aprendizagem e registos de interação (Apêndice XVI e XVII). As avaliações finais dos dois momentos de estágio também constituíram por si só um momento de aprendizagem pois permitiram desenvolver uma análise reflexiva sobre o trabalho desenvolvido e sobre a formação adquirida, destacando as dificuldades sentidas e a aquisição de novas competências técnicas, científicas, relacionais e pedagógicas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), o EESM “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.

Neste âmbito demonstrei tomada de consciência de mim mesma durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, preservando a integridade do processo terapêutico.

### **5.1. Limitações do trabalho**

Durante este percurso fui tomando nota de que a qualidade não é um fim em si mesma, mas sim um caminho. A excelência do exercício profissional não é accidental, exige trabalho e dedicação, num processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Nos dois contextos do estágio deparei-me com algumas dificuldades ocasionais que constituíram desafios e serviram de incentivo à prossecução dos objectivos.

As constantes alterações a que estiveram sujeitos os serviços onde realizei o estágio, têm, a meu ver, nos últimos anos levado a uma perda do fio condutor daquilo que deve ser a prestação de cuidados de qualidade, o que por sua vez promove um crescendo de descontentamento e desmotivação dos profissionais envolvidos. Ainda assim, este aspeto foi colmatado pelo constante apoio e orientação que me foi facultado ao longo de todo estágio.

Em termos da comunidade a maior dificuldade prendeu-se com o fraco ou inexistente apoio dos recursos da comunidade, motivado pelo desconhecimento dos profissionais da existência desses mesmos recursos.

Pude também constatar em algumas famílias a fraca adesão ao projeto terapêutico do seu familiar, devido aos longos períodos de institucionalização, pois se à família não é facultada uma rede de recursos que a auxilie nos cuidados ao familiar, a tendência é repetir internamentos sucessivos.

Por outro lado o número elevado de consultas que são realizadas em tempo recorde, leva apenas a que seja assegurado que o utente cumpra o esquema terapêutico, não sendo muitas vezes possível a execução de cuidados individualizados centrados na pessoa, com ênfase a aspetos importantes como o treino de habilidades sociais e procedimentos como o ensaio do comportamento, a modelação, o reforço ou as tarefas da casa.

## **5.2. Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados**

O caminho por mim percorrido ao longo deste meses não deve ser apenas circunscrito ao tempo da formação, deve ter uma projeção de continuidade para além da sua implementação.

Uma vez finalizado o meu percurso neste processo de formação, ao nível da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, mais concretamente a consulta de enfermagem no domicílio, torna-se imprescindível a adoção de um caminho único que facilite a resolução dos problemas já identificados.

Considero ter deixado um contributo à instituição que me recebeu enquanto estudante, quer por meio das ações psicoeducativas desenvolvidas, quer por meio da análise crítica ao projeto de visitas domiciliárias, fomentando a discussão entre os profissionais envolvidos em busca de sugestões de melhoria e aperfeiçoamento dos cuidados prestados.

Este estágio serviu também como molde para um projeto de consulta de enfermagem no domicílio que irei propor na instituição onde trabalho, pelo que se tornou uma mais valia na aquisição de saberes e competências neste domínio.

Com a plena consciência de que ainda há um grande caminho a percorrer, pretendo que, num futuro próximo, este percurso se traduza na prestação de cuidados especializados de excelência, na área de especialização de ESMP, que se deverá revelar numa melhoria significativa do padrão de qualidade dos cuidados prestados, em prol de uma ciência que constitui o corpo de conhecimentos da profissão de enfermagem.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei com este estágio desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental para ajudar a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, por meio da consulta de enfermagem em contexto domiciliário.

*“Não adianta completar a rede nacional de serviços locais se não se promover ao mesmo tempo a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, ajudando-os a desenvolver programas integrados na comunidade. Não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. Finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuarem concentrados no tratamento intra-hospitalar” (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).*

Este tipo de intervenções surge no sentido de permitir dar uma resposta comunitária abrangente em situações de vulnerabilidade, constituindo uma alternativa eficaz ao internamento hospitalar, indo ao encontro das necessidades das pessoas com doença mental e dos seus familiares.

Num exercício profissional cada vez mais exigente, é requerido aos enfermeiros não só uma competência técnica científica, mas também um agir conduzido por princípios ético – morais, que conjugada com a intencionalidade de desenvolver a relação de ajuda como pilar fundamental de qualquer intervenção terapêutica, constituem-se como fatores essenciais para quem trabalha de uma forma avançada na área da saúde mental.

Penso que a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário é uma estratégia de enfermagem diferenciada que o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica desenvolve, indo ao encontro das necessidades de saúde mental da população, tal como preconizado no PNSM.

O percurso reflexivo, por mim, vivenciado em torno de todo o estágio contribuiu para o meu desenvolvimento, que decorreu como que num movimento de espiral crescente, onde foi muitas vezes foi necessário voltar atrás, olhar e escutar de outra forma e procurar compreender os destinatários dos meus cuidados. A mobilização dos recursos internos, a capacidade reflexiva perante estes momentos de aprendizagem e partilha, tornaram-me uma pessoa mais rica e conhecedora das minhas limitações e capacidades, contribuindo para o estabelecer de uma relação terapêutica eficaz, assegurando os limites e identificando os valores e fatores pessoais capazes de interferir na interação com a pessoa com doença mental e seus familiares.

Estou convicta, de que a experiência adquirida no meu contexto profissional, a formação em sala de aula e nos ensinamentos clínicos realizados me proporcionaram um desenvolvimento de competências, nos vários domínios do saber e da mestria próprios da especialização em ESMP.

De referir que aquisição destas competências se tornou possível, através da integração nas equipas forma proactiva, através da avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo, por forma a promover uma parceria da família no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Em trabalhos futuros, considero pertinente avaliar em que medida a consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário influencia a mobilização dos recursos internos dos utentes, assim como o seu impacto no acesso às redes de suporte social e recursos na comunidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referencia*. Serie I. Vol. 6. Págs. 53 –59
- Alves, F. (1998). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Política Social). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Porto
- Alves, F.; Silva, L. (2004). *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. In *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção: Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*, Braga, 12-15 Mai. 2004
- Alves, S. (2014). *Folie à deux: how it fits in DSM-5*. (Dissertação de Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, V. Arlington: American Psychiatric Association
- Anastácio, C.; Furtado, J. (2012). Reabilitação Psicossocial e Recovery: Conceitos e Influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Vol.4. Págs. 72-83
- Anthony, W.; Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University
- Anthony, W.; Farkas, M. (2012). Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica. Porto: Livpsic (Tradução do original do inglês *Primer on the psychiatric process*, 2009. Boston: Boston University)
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C; Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. In *Intervenção em Psicologia e Saúde: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Porto, 31 Jan-2 Fev. 2008

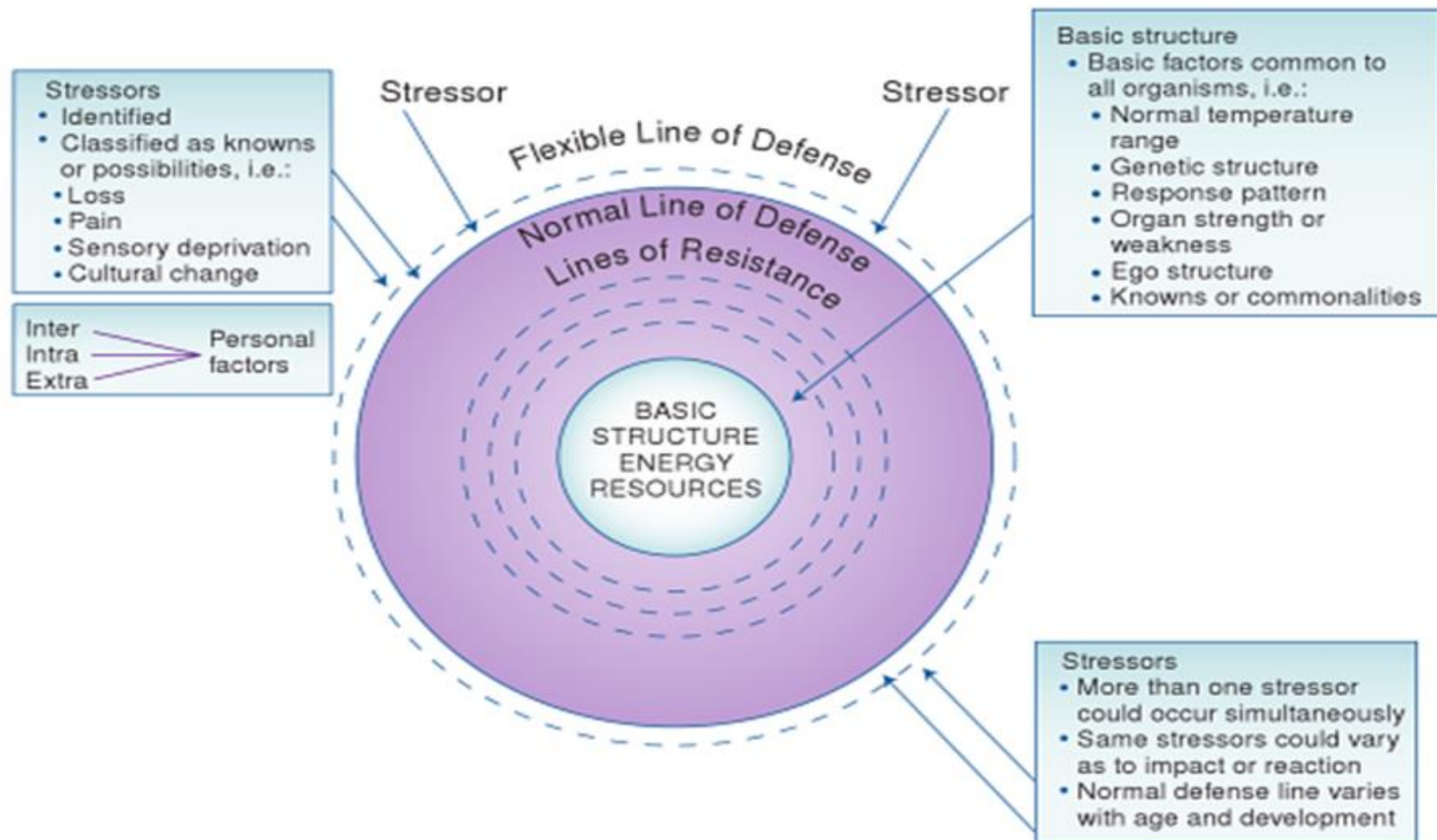
- Caballo, V. (2010). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Santos Editora
- Ferreira, G.; Santos, H.; Sennfelt, J.; Cardoso, A.; Santos, M. (1994). Reinserção na comunidade de doentes psiquiátricos de evolução prolongada: Criação de uma estrutura residencial. *Ata Médica Portuguesa*; Vol. 7. Págs 257-261
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Galdeano, L.; Rossi, L.; Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.11. Págs. 371-375
- Gomes, A. (2014). *Reabilitação de Doentes Psiquiátricos*. (Dissertação de Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto
- Gulassa, D. (2011). “Tire-me desta, mas daqui não me deixe sair!” Hospitalismo: Reflexões sobre o drama da (Co) Dependência em Instituição Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psicodrama*. Vol.19. Págs. 57-71
- Jesus, M. (2010). *Fortalecendo o Adulto com Dependência Progressiva no Domicílio: Explicação teórica dos cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível no RCAAP
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- Kérrouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F; Duquette, A; Major, F. (1996) *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson
- Labete, R.; Galera, S.; Avanci, R. (2004). Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.5. Págs. 627-628

- Lei nº36/98 de 24 de Julho (1998). Lei da Saúde Mental. Diário da República, I Série, N.º 169 (14-07-1999) 3544-3549.
- Loyola, R. (2006). Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em Saúde Mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. *Escola Ana Neri Revista de Enfermagem*. Vol.4. Págs. 645-651
- Martins, R. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/408> em 12-05-2015
- Mayor, M.; Ribeiro, Ó.; Neves-Amado, J. (2010). *Cuidadores de Pessoas com Demência – Cuidados Continuados*. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga, 4-6 Fev. 2010
- Monteiro, F.; Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efetivas? *Análise Psicológica*. Vol.1. Págs. 111-125
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2005) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Paz, F.; Bennasar, M. (2007) - *Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Editorial ARS Medica
- Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A.; Correa, B.; Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 19. Págs. 1-8

- Ponte, J. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*. Vol. 25. Págs. 105-132.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, II Série. N.º 122 (25-06-2015) 1734-1741.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/2008 de 6 de Março (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Diário da República I Série. N.º 47 (06-03-2008) 1395-1409.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Stuart, G.; Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática*. Porto Alegre: ArtMed Editora
- Tomey, A.; Alligod, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra*. Loures: Edições Lusociência
- Turner, S. (2010). *Ferramentas de apoio à gestão – guia essencial para o gestor de sucesso*. Lisboa: Monitor
- Waidman, M.; Gusmão, R. (2001). Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. *Família e Desenvolvimento*. Vol. 3. Págs. 154-162

ANEXOS

## Anexo I - Modelo teórico de Betty Neuman



Fonte: <https://books.google.pt/books?id=oMjXBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Acedido em 04-07-2015

Anexo II – Padrões de Qualidade dos Cuidados  
de Enfermagem Especializados em  
Enfermagem de Saúde Mental





## PARTE E

### ORDEN DOS ADVOGADOS

#### Conselho de Deontologia do Porto

Edital n.º 567/2015

António Ferreira da Cima, Presidente do Conselho de Deontologia do Porto da Ordem dos Advogados Portugueses, em cumprimento do disposto nos artigos n.ºs 137.º e 169.º do Estatuto da Ordem dos Advogados, aprovado pela Lei 15/2005, de 26 de janeiro; Faz saber publicamente que por Acórdão do Conselho de Deontologia do Porto de 23 de maio de 2014, foi aplicada ao Sr. Dr. Carlos Alberto Correia de Matos e Silva, que profissionalmente usou o nome abreviado de Carlos Correia de Matos, e foi titular da Cédula Profissional n.º 3613P, com última residência conhecida em Viana do Castelo, a pena disciplinar de Suspensão, pelo período de 6 (seis) meses, por violação dos deveres previstos nos artigos 76.º, n.º 1 e 2, 77.º, n.º 1 al. a), 83.º, n.º 1 e 2 (na parte respeitante ao dever de cortesia), 85.º, n.º 1 e n.º 2, al. a), 86.º, alínea a) e 105.º, n.º 1, todos do Estatuto da Ordem dos Advogados. O aludido Acórdão constitui caso resolvido na ordem jurídica interna da Ordem dos Advogados desde 27 de Outubro de 2014. Encontrando-se o Sr. Dr. Carlos Correia de Matos suspenso por motivos não disciplinares, o cumprimento da referida pena terá o seu início no dia imediato ao levantamento da suspensão — artigo 168.º n.º 3 do Estatuto da Ordem dos Advogados.

6 de maio de 2015. — O Presidente do Conselho de Deontologia, António Ferreira da Cima. — A Diretora de Serviços, Margarida Santos. 208734574

### ORDEN DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 356/2015

#### Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

##### Preâmbulo

A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados é uma das competências estatutárias dos Colégios de Especialidade, conferida pela alteração estatutária introduzida pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Definidos que são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem desde 2001, impõe-se que esta definição abranja os cuidados especializados. Com a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental pretende-se que estes se constituam como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental.

A definição dos Padrões de Qualidade nesta área de especialização teve por base um documento produzido pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) com colaboração de uma Comissão de Apoio, formalmente nomeada pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros (OE), por proposta da MCEESMP, o qual foi objeto de apreciação por um painel de peritos, designados pelos contextos de prática clínica, públicos e privados, após solicitação do Conselho de Enfermagem da OE, os quais foram, por sua vez, analisados e integrados na versão final presente à Assembleia do Colégio de Especialidade e que mereceu a devida aprovação.

Assim, nos termos da alínea f) do artigo 12.º, da alínea c) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea f) do n.º 4 do artigo 31.º-A, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, a Assembleia Geral, sob proposta do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da respetiva Mesa do Colégio, após aprovação em Assembleia do Colégio, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos diretivos regionais, sob apresentação do Conselho Diretivo, aprovou o seguinte Regulamento:

##### Artigo único

O presente regulamento define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, os

quais são identificados como enunciados descritivos no documento que constitui o Anexo ao presente Regulamento.

Aprovado por maioria em Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 16 de julho de 2011.

Aprovado em Assembleia Geral de 22 de outubro de 2011.

##### ANEXO

#### Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

##### 1 — Enquadramento Conceptual da Área de Especialidade

Reitera-se a adoção do Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, publicados pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, em dezembro de 2001. Acresce o presente enquadramento conceptual, que se constitui como uma base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental.

##### Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

A pessoa, no decurso do seu projeto de vida e de saúde confronta-se com inúmeros desafios, cujo sucesso na resolução, reside nas suas capacidades de adaptação. Neste sentido, encontramos diariamente cidadãos com problemas de saúde e percursos de vida que poderiam ser incapacitantes, mas perante os quais, desenvolveram processos adaptativos eficazes. Também encontramos cidadãos que face a problemas de saúde e percursos de vida menos contudentes, não conseguem desenvolver processos adaptativos eficazes.

A enfermagem de saúde mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior sistematização de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia.

A enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. A abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

O enfermeiro especialista em saúde mental (ESM) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sistematiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente.

O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, os cuidados de enfermagem possibilitam também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

A pessoa é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que, na área dos cuidados de saúde mental, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados que, no momento, vão contra o seu desejo. Estas particularidades afetam a natureza da relação enfermeiro — cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objeto de reflexão.

O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro ESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

A formação e preparação do enfermeiro ESM, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde.

## 2 — Visão

Que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, numa perspectiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

Esta visão é justificada pela crescente prevalência dos problemas relacionados com as perturbações mentais. Em 2005, a União Europeia calculava que estas afetavam mais de 25 % dos adultos na Europa, estando na origem da maior parte das 38.000 mortes anuais por suicídio. As perturbações mentais também são responsáveis por mais de 12 % da incapacidade por doença a nível mundial. Na Europa este número sobe para os 24 %.

Os relatórios da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental são unânimes ao preverem um significativo aumento das perturbações mentais, estando este aumento associado ao envelhecimento da população, com o consequente aumento dos quadros demenciais; ao forte impacto do agravamento dos problemas sociais como o desemprego, a pobreza, a desigualdade social e a violência; com o consequente aumento da vulnerabilidade a quadros relacionados com o stress e a depressão.

A resposta a estas tendências implica uma mudança de um paradigma hospitalocêntrico e biomédico, para uma intervenção holística, de raiz comunitária, apelando a ações de informação sobre saúde mental, bem

como a promover a sua importância e a prevenir as perturbações mentais; à realização de ações concretas a fim de melhorar a inclusão social e combater os fenómenos de discriminação e de estigmatização; à implementação de ações de prevenção dos problemas relacionados com o stress e a depressão, bem como ao desenvolvimento da promoção da saúde mental.

## 3 — Missão

A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental.

O enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados.

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

## 4 — Enunciados Descritivos

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos e visem fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade.

Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

Para a enfermagem especializada de saúde mental foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social.

### 4.1 — A satisfação do cliente

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

São elementos importantes da satisfação dos clientes, entre outros:

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente.</li> <li>○ procura constante da empatia nas interações com o cliente;</li> <li>○ estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados.</li> <li>○ envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.</li> <li>○ empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente.</li> <li>○ estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental.</li> <li>○ utilização de abordagens construtivas na gestão das diferenças manifestadas pelos clientes.</li> <li>○ promoção da melhoria das estruturas organizacionais, especificamente no que respeita ao ambiente, de forma a promover a satisfação dos clientes.</li> <li>○ avaliação da satisfação dos clientes relativamente aos cuidados especializados em saúde mental.</li> </ul>

### 4.2 — A Promoção da Saúde

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde mental, entre outros:

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente.</li> </ul>

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados.</p> <p>A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento.</p> <p>O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.</p>	<p>O reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental.</p> <p>A participação na conceção e implementação de políticas públicas inclusivas para a diversidade Humana (educativas, de habitação e transportes, laborais e de lazer, ...).</p> <p>A participação na construção de ambientes (físicos, comunitários, económicos e socioculturais) saudáveis, promotores da saúde mental.</p> <p>A participação no reforço de redes comunitárias de suporte ao desenvolvimento saudável, com particular atenção para as primeiras fases do ciclo vital (parentalidade, infância e adolescência).</p> <p>A promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas.</p> <p>A identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente.</p> <p>A promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a auto consciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a auto confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância.</p> <p>A promoção da literacia em Saúde Mental.</p>

## 4.3 — A prevenção de complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental, previne complicações para a saúde mental dos clientes.

São elementos importantes face à prevenção de complicações para a saúde mental dos clientes, entre outros:

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.</p> <p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.</p> <p>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem.</p> <p>A referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados.</p>	<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.</p> <p>A prevenção de incapacidades e integração da doença mental e déficits por ela causados.</p> <p>A prescrição, implementação e avaliação de intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental face aos problemas identificados, de acordo com a evidência científica disponível.</p> <p>A cooperação interdisciplinar e a adequada referência dos clientes para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, de acordo com os respetivos mandatos sociais.</p> <p>A referência para outros enfermeiros especialistas, de acordo com a área de intervenção e perfil de competência de cada área de especialidade.</p> <p>A identificação de situações de risco, quer para o cliente, quer para outros, e a colaboração na respetiva minimização.</p> <p>A promoção da adesão ao regime terapêutico instituído e a proatividade na prevenção de incidentes críticos.</p> <p>A supervisão das atividades que concorrem para a concretização das intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental e que possam ter sido delegadas a outros colaboradores.</p>

## 4.4 — O bem-estar e o autocuidado

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental maximiza o bem-estar dos

clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros:

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.</p> <p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados.</p> <p>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem.</p> <p>A referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde.</p>	<p>A identificação precoce das necessidades em saúde mental do cliente, realizando uma avaliação global que explicita a respetiva história de saúde mental.</p> <p>A elaboração e implementação com o cliente e/ou prestadores de cuidados de um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar e/ou manter o bem-estar e complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.</p> <p>A realização de um plano global que integre a avaliação e valorização do potencial de cada cliente no autocuidado.</p>

Enfermeiro do Cuidado Geral	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados.</p> <p>A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento.</p> <p>O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.</p>	<p>O reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental.</p> <p>A participação na conceção e implementação de políticas públicas inclusivas para a diversidade Humana (educativas, de habitação e transportes, laborais e de lazer, ...).</p> <p>A participação na construção de ambientes (físicos, comunitários, económicos e socioculturais) saudáveis, promotores da saúde mental.</p> <p>A participação no reforço de redes comunitárias de suporte ao desenvolvimento saudável, com particular atenção para as primeiras fases do ciclo vital (parentalidade, infância e adolescência).</p> <p>A promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas.</p> <p>A identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente.</p> <p>A promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a auto consciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a auto confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância.</p> <p>A promoção da literacia em Saúde Mental.</p>

#### 4.3 — A prevenção de complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental, previne complicações para a saúde mental dos clientes.

São elementos importantes face à prevenção de complicações para a saúde mental dos clientes, entre outros:

Enfermeiro do Cuidado Geral	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.</p> <p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.</p> <p>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem.</p> <p>A referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados.</p>	<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.</p> <p>A prevenção de incapacidades e integração da doença mental e deficits por ela causados.</p> <p>A prescrição, implementação e avaliação de intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental face aos problemas identificados, de acordo com a evidência científica disponível.</p> <p>A cooperação interdisciplinar e a adequada referenciação dos clientes para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, de acordo com os respetivos mandatos sociais.</p> <p>A referenciação para outros enfermeiros especialistas, de acordo com a área de intervenção e perfil de competência de cada área de especialidade.</p> <p>A identificação de situações de risco, quer para o cliente, quer para outros, e a colaboração na respetiva minimização.</p> <p>A promoção da adesão ao regime terapêutico instituído e a proatividade na prevenção de incidentes críticos.</p> <p>A supervisão das atividades que concorrem para a concretização das intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental e que possam ter sido delegadas a outros colaboradores.</p>

#### 4.4 — O bem-estar e o autocuidado

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental maximiza o bem-estar dos

clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros:

Enfermeiro do Cuidado Geral	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.</p> <p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados.</p> <p>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem.</p> <p>A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde.</p>	<p>A identificação precoce das necessidades em saúde mental do cliente, realizando uma avaliação global que explicita a respetiva história de saúde mental.</p> <p>A elaboração e implementação com o cliente e/ou prestadores de cuidados de um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar e/ou manter o bem-estar e complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.</p> <p>A realização de um plano global que integre a avaliação e valorização do potencial de cada cliente no autocuidado.</p>

verdadeira à saúde; ser reforçada a ação comunitária; serem desenvolvidas as habilidades pessoais; e serem reorientados os serviços de saúde <sup>(10)</sup>.

### Empowerment

Na promoção da saúde, o empowerment para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

O empowerment <sup>(11)</sup> para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades. Através deste processo, as pessoas refletem sobre a relação entre os seus objetivos e a forma de alcançá-los e uma correspondência entre os seus esforços e o seu desempenho. A promoção da saúde inclui não só ações destinadas a reforçar as competências para a vida e as capacidades dos indivíduos, mas também ações para influenciar as condições sociais e económicas subjacentes e os ambientes que influenciam a saúde. Neste sentido, a promoção da saúde visa a criação de melhores condições para que exista uma relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde que se obtêm.

Estabelece-se a distinção entre empowerment para a saúde do indivíduo e da comunidade. O empowerment para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal. O empowerment para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos atuam em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde.

O empowering <sup>(12)</sup> refere-se ao poder da rede de relações individuais e/ou comunitária. São um exemplo as minorias que uma vez agrupadas em projetos comuns, como cooperativas de produção, movimentos políticos ou grupos de apoio mútuo, podem conseguir melhores resultados do que isoladamente.

O termo empowered <sup>(13)</sup> surge referenciado na operacionalização do empowerment tanto dos indivíduos como das instituições no sentido de alcançar resultados satisfatórios, isto é, a capacidade de resposta aos problemas sentidos. O empowered individual(s) pode incluir uma situação específica de perceção de controlo e da capacidade de mobilização de recursos. Quando se estuda as organizações, os resultados do empowered podem estar incluídos no desenvolvimento da rede organizacional, no crescimento da organização e influência política.

### Estigma

Consiste no processo <sup>(14)</sup> pelo qual se identifica e rotula uma pessoa ou grupo de pessoas, em virtude de um atributo ou característica, não necessariamente visível. O estigma contra as pessoas com doença mental muitas vezes envolve a representação imprecisa e dolorosa destas como violentas, cómicas ou incompetentes, objetos de medo e desprezo <sup>(15)</sup>. O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

### Funcionalidade em Doentes com Perturbações Mentais

"É a qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interações entre a pessoa e o ambiente é essencial" <sup>(16)</sup>. Compreende uma abordagem biopsicossocial <sup>(17)</sup> através da interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). Reflete uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais; fatores ambientais (ex. físico, estrutural, social) e fatores pessoais (ex. sexo, raça e estilo de vida) <sup>(18)</sup>. Estes fatores podem ser facilitadores ou barreiras para a funcionalidade do indivíduo. A sua interferência difere de pessoa para pessoa (duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade diferentes, assim como o mesmo nível de funcionalidade não tem que corresponder ao mesmo nível de saúde) <sup>(19)</sup>. Na perspetiva social, a funcionalidade é representada pelas atividades de participação, em oposição à restrição à participação que revelam como a pessoa exerce as suas atividades de vida diária; como se relaciona socialmente; como se processam a sua aprendizagem e aplicação do conhecimento; as suas relações e interações interpessoais; a educação e o trabalho; a autossuficiência económica e a sua participação na vida comunitária.

### Literacia em Saúde Mental

Literacia em Saúde <sup>(20)</sup> implica a realização de um nível de conhecimentos e habilidades capacitando a pessoa a tomar medidas para

melhorar a sua saúde e a da comunidade, alterando estilos de vida e condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa o acesso das pessoas à informação em saúde e a sua capacidade de usá-la efetivamente, promovendo o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural e mantendo a boa saúde. Literacia em saúde mental é a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental ou com as perturbações mentais; sabendo como procurar informação acerca da saúde mental; conhecimento dos fatores de risco e causas, os tratamentos, os profissionais disponíveis, e as atitudes que promovem o reconhecimento e adequada busca de ajuda. São também importantes, o desenvolvimento de competências pessoais, tais como o auto conhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de auto eficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de "coping", que têm demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem <sup>(21)</sup>.

### Locus de Controlo

Locus de controlo <sup>(22)</sup>: descreve a perceção de controlo pessoal sobre os eventos que ocorrem nas suas vidas, podendo ser Interno e Externo. Possuem locus interno de controlo as pessoas que acreditam que podem moldar o seu destino através das suas próprias capacidades e esforços. Buscam analisar qual foi a sua contribuição para o que acontece. A partir desta análise, definem como agir da próxima vez para evitar acontecimentos não desejados. Como se veem responsáveis pelos problemas que enfrentam, acreditam que a solução também está em si próprios. Agindo desta forma, sentem-se potentes para mudar situações vivenciadas. Possuem locus externo de controlo as pessoas que acreditam que o sucesso depende de fatores externos a si tais como política, condições da comunidade, ambiente económico e sorte. Como atribuem a responsabilidade pelo que lhes acontece a fatores externos, também acreditam que a solução dos seus problemas esteja fora de si, ou seja, dependem dos outros para que as situações sejam transformadas.

### Psicoeducação

A psicoeducação é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatores sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conhecer os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença.

### Psicoterapia

A psicoterapia (ou aconselhamento pessoal com um psicoterapeuta) é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa ou grupo). O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. A melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar. A psicoterapia é desenvolvida por profissionais com diferentes qualificações (psiquiatra, psicólogos clínicos, enfermeiros de saúde mental, serviço social ou outros) <sup>(23)</sup>, desde que possuam competências reconhecidas em psicoterapia.

### Reabilitação Psicosocial

"A reabilitação psicosocial <sup>(24)</sup> é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração."

A Reabilitação Psicosocial intervém em diversas áreas, tais como:

Treino de competências pessoais e sociais;  
Formação profissional;



vontades à saúde; ser reforçada a ação comunitária; serem desenvolvidas as habilidades pessoais; e serem reorientados os serviços de saúde <sup>(10)</sup>.

### Empowerment

Na promoção da saúde, o empowerment para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

O empowerment <sup>(11)</sup> para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades. Através deste processo, as pessoas refletem sobre a relação entre os seus objetivos e a forma de alcançá-los e uma correspondência entre os seus esforços e o seu desempenho. A promoção da saúde inclui não só ações destinadas a reforçar as competências para a vida e as capacidades dos indivíduos, mas também ações para influenciar as condições sociais e económicas subjacentes e os ambientes que influenciam a saúde. Neste sentido, a promoção da saúde visa a criação de melhores condições para que exista uma relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde que se obtém.

Estabelece-se a distinção entre empowerment para a saúde do indivíduo e da comunidade. O empowerment para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal. O empowerment para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde.

O empowering <sup>(12)</sup> refere-se ao poder da rede de relações individuais e/ou comunitária. São um exemplo as minorias que uma vez agrupadas em projetos comuns, como cooperativas de produção, movimentos políticos ou grupos de apoio mútuo, podem conseguir melhores resultados do que isoladamente.

O termo empowered <sup>(13)</sup> surge referenciado na operacionalização do empowerment tanto dos indivíduos como das instituições no sentido de alcançar resultados satisfatórios, isto é, a capacidade de resposta aos problemas sentidos. O empowered individual(ais) pode incluir uma situação específica de percepção de controlo e da capacidade de mobilização de recursos. Quando se estuda as organizações, os resultados do empowered podem estar incluídos no desenvolvimento da rede organizacional, no crescimento da organização e influência política.

### Estigma

Consiste no processo <sup>(14)</sup> pelo qual se identifica e rotula uma pessoa ou grupo de pessoas, em virtude de um atributo ou característica, não necessariamente visível. O estigma contra as pessoas com doença mental muitas vezes envolve a representação imprecisa e dolorosa destas como violentas, cómicas ou incompetentes, objetos de medo e desprezo <sup>(15)</sup>. O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

### Funcionalidade em Doentes com Perturbações Mentais

"É a qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interações entre a pessoa e o ambiente é essencial" <sup>(16)</sup>. Compreende uma abordagem biopsicossocial <sup>(17)</sup> através da interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). Reflete uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais; fatores ambientais (ex. físico, atitudinal, social) e fatores pessoais (ex. sexo, raça e estilo de vida) <sup>(18)</sup>. Estes fatores podem ser facilitadores ou barreiras para a funcionalidade do indivíduo. A sua interferência difere de pessoa para pessoa (duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade diferentes, assim como o mesmo nível de funcionalidade não tem que corresponder ao mesmo nível de saúde) <sup>(19)</sup>. Na perspetiva social, a funcionalidade é representada pelas atividades de participação, em oposição à restrição à participação que revelam como a pessoa exerce as suas atividades de vida diária; como se relaciona socialmente; como se processam a sua aprendizagem e aplicação do conhecimento; as suas relações e interações interpessoais; a educação e o trabalho; a autossuficiência económica e a sua participação na vida comunitária.

### Literacia em Saúde Mental

Literacia em Saúde <sup>(20)</sup> implica a realização de um nível de conhecimentos e habilidades capacitando a pessoa a tomar medidas para

melhorar a sua saúde e a da comunidade, alterando estilos de vida e condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa o acesso das pessoas à informação em saúde e a sua capacidade de usá-la efetivamente, promovendo o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural e mantendo a boa saúde. Literacia em saúde mental é a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental ou com as perturbações mentais; sabendo como procurar informação acerca da saúde mental; conhecimento dos fatores de risco e causas, os tratamentos, os profissionais disponíveis, e as atitudes que promovam o reconhecimento e adequada busca de ajuda. São também importantes, o desenvolvimento de competências pessoais, tais como o auto conhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de auto eficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de "coping", que têm demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre a sua vida e sobre o ambiente em que vivem <sup>(21)</sup>.

### Locus de Controlo

Locus de controlo <sup>(22)</sup>: descreve a percepção de controlo pessoal sobre os eventos que ocorrem nas suas vidas, podendo ser Interno e Externo. Possuem locus interno de controlo as pessoas que acreditam que podem moldar o seu destino através das suas próprias capacidades e esforços. Buscam analisar qual foi a sua contribuição para o que acontece. A partir desta análise, definem como agir da próxima vez para evitar acontecimentos não desejados. Como se veem responsáveis pelos problemas que enfrentam, acreditam que a solução também está em si próprios. Agindo desta forma, sentem-se potentes para mudar situações vivenciadas. Possuem locus externo de controlo as pessoas que acreditam que o sucesso depende de fatores externos a si tais como política, condições da comunidade, ambiente económico e sorte. Como atribuem a responsabilidade pelo que lhes acontece a fatores externos, também acreditam que a solução dos seus problemas esteja fora de si, ou seja, dependem dos outros para que as situações sejam transformadas.

### Psicoeducação

A psicoeducação é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conhecer os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença.

### Psicoterapia

A psicoterapia (ou aconselhamento pessoal com um psicoterapeuta) é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa ou grupo). O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. A melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilita que o cliente desenvolva novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar. A psicoterapia é desenvolvida por profissionais com diferentes qualificações (psiquiatra, psicólogos clínicos, enfermeiros de saúde mental, serviço social ou outros) <sup>(23)</sup>, desde que possuam competências reconhecidas em psicoterapia.

### Reabilitação Psicossocial

"A reabilitação psicossocial <sup>(24)</sup> é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração."

A Reabilitação Psicossocial intervém em diversas áreas, tais como:

Treino de competências pessoais e sociais;  
Formação profissional;

Rappaport, J. (1990). Desinstitucionalização: Empowerment e interajuda. In *Análise Psicológica*, n.º 2, (VIII). Lisboa: ISPA.

Rottar, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80.

Teixeira, J.M. (2008). Conceito de Funcionalidade em doentes com perturbações mentais. *Ciências Sociais, Psicologia*: vol. 10, n.º 4. Pág. 7-9.

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência, p. 4.

Ville Lehtinen (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Stakes, Finland.

WHO. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization.

World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary: Health Promotion, Education and Communications, HWO/HPR/HEP/98.1 Geneve. 10.

Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 583.

Zimmerman, M. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18 (1), 169-177.

(\*) Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência, p. 4.

(\*) North American Nursing Diagnosis Association (1997). *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification*. Filadélfia, 1997.

(\*) Ordem dos Enfermeiros. (2001) — *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.

(\*) Ville Lehtinen (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Stakes, Finland.

(\*) Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

(\*) Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, vol. 1. Loures: Lusociência.

(\*) Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, vol. 1. Loures: Lusociência.

(\*) Ville Lehtinen (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Stakes, Finland.

(\*) [http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mhr\\_determinants.pdf](http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mhr_determinants.pdf).

(\*) Carta de Ottawa. 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá, 1986 (disponível em [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Doc\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Doc_Ottawa.htm)).

(\*) World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary: Health Promotion, Education and Communications, HWO/HPR/HEP/98.1 Geneve.

(\*) Zimmerman, M. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18 (1), 169 — 177; Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 583; Friedman, J. (1996). Empowerment: Uma política de desenvolvimento alternativo. *Oeiras: Celta*.

(\*) Perkins, D., & Zimmerman, M. (1995). Empowerment: Theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 569-579.

(\*) Goffman E. (1990). *Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity*. Penguin Group, London, England.

(\*) Australian College of Mental Health Nurses inc. (2010) *Standards of Practice for Australian Mental Health Nurses 2010*. ACMHN, Canberra.

(\*) Teixeira, J.M. (2008). Conceito de Funcionalidade em doentes com perturbações mentais. *Ciências Sociais, Psicologia*: vol. 10, n.º 4. Pág. 7-9.

(\*) WHO. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World health Organization.

(\*) OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

(\*) Arhamat, S. et Nockajski, S.M. et Stone, J. The International classification of functioning — disability and health and its application to cognitive disorders. *Desabil Rehabil*. 2004; 26(4): 235-45.

(\*) World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary: Health Promotion, Education and Communications, HWO/HPR/HEP/98.1 Geneve. 10.

(\*) Ville Lehtinen (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Stakes, Finland.

(\*) Rottar, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements: *Psychological Monographs*, 80.

(\*) <http://www.psychotherapy-competency.eu/Appendices/appendix2.php>.

(\*) OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde/OMS. 1.ª edição.

(\*) Anthony, W. A. (2000). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4):159.

(\*) Australian College of Mental Health Nurses inc. (2010) *Standards of Practice for Australian Mental Health Nurses 2010*. ACMHN, Canberra.

(\*) Clarkson, Petriska (2003). *The Therapeutic Relationship*. (2nd Edition). NJ Hoboken: John Wiley; Gelsco, Charles; Hayes, Jeffrey (1998). *The Psychotherapy Relationship: Theory, Research, and Practice*. NJ Hoboken: John Wiley; Lopes, Joaquim. (2010). *O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento*. Revista Toxicodpendências. Lisboa: IDT. Vol. 16. N.º 1, 65-77; Nabeis, António (2008). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: tópicos e contextos*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º 30.

(\*) Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2011).

(\*) Australian College of Mental Health Nurses inc. (2010) *Standards of Practice for Australian Mental Health Nurses 2010*. ACMHN, Canberra.

(\*) Ville Lehtinen (2008). Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Stakes, Finland.

3 de junho de 2015. — O Bastonário, *Germano Rodrigues Couto*. 308729755

## UNIVERSIDADE DO ALGARVE

### Serviços Académicos

#### Declaração de retificação n.º 540/2015

Por ter sido com inexistência a Deliberação n.º 783/2009, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 56, de 20 de março de 2009, referente ao curso de Licenciatura em Ortoprotésia, retifica-se que onde se lê:

#### «2.º Ano/1.º semestre

#### QUADRO N.º 4

Unidade Curricular	Área científica	Tipo	Tempo de trabalho (horas)		Créditos	Observações
			Total (4)	Contracto (5)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
.....	...	.....	...	.....	...	.....
Biomecânica III .....	EM	Semestral .....	112	60 (30TP + 30TP)	4	.....
.....	...	.....	...	.....	...	.....

Anexo III – Regulamento das Competências  
Específicas do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental





## **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM  
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

**Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 25/09/2010**

**Lisboa, 20 de Outubro de 2010**



## REGULAMENTO

### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

#### Preâmbulo

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.



## REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

O cliente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados, que no momento vão contra o seu desejo. Estas particularidades afectam a natureza da relação enfermeiro – cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objecto de reflexão.

O avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



## **REGULAMENTO COMPETÊNCIAS E DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

### **Artigo 1.º**

#### **Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

### **Artigo 2.º**

#### **Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

### **Artigo 3.º**

#### **Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

### **Artigo 4.º**

#### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, meroê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
  - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
  - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
  - d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 25 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf.ª Glória Durão Butt



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

ANEXO I

**1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**

*Descritivo:*

A capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	F1.1.1. Identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. F1.1.4. Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este "dar conta de si" integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

**2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.**

*Descritivo:*

Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, protecção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente	F2.1.1. Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos. F2.1.2. Avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos.
F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente. F2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da	F2.3.1. Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo. F2.3.2. Implementa programas de promoção da participação activa através da educação para



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

perturbação mental na comunidade e grupos	a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave. F2.3.3. Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projectos que promovam a participação activa dos clientes na vida social; Projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores. F2.3.4. Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de factores de stress, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

*Descritivo:*

Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui actividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados. F3.1.4. Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos. F3.1.5. Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença. F3.1.6. Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. F3.1.7. Avalia e detecta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência. F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros. F3.1.9. Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.
F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes,	F3.2.1. Compromete-se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental. F3.2.2. Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	ganhos em saúde mental.
F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	<p>F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.</p> <p>F3.3.2. Desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave.</p> <p>F3.3.3. Concebe, planifica e desenvolve projectos de Desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais.</p> <p>F3.3.4. Concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré - natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.</p> <p>F3.3.5. Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.</p>
F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	<p>F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.</p> <p>F3.4.2. Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detectar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.</p> <p>F3.4.3. Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos.</p> <p>F3.4.4. Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.</p> <p>F3.4.5. Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.</p>
F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	<p>F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.2. Elabora e supervisiona os programas/planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.3. Colabora com a Autoridade de Saúde nas situações previstas na Lei de Saúde Mental relativas ao internamento compulsivo.</p> <p>F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.</p> <p>F3.5.5. Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa.</p> <p>F3.5.6. Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.</p> <p>F3.5.7. Elabora relatórios e/ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema.</p>



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

**4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

**Descritivo**

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais. F4.1.10. Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada. F4.1.2. Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais. F4.1.3. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas). F4.1.4. Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas. F4.1.5. Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias. F4.1.6. Apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como a família. F4.1.7. Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros. F4.1.8. Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação. F4.1.9. Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.
F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições. F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema. F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida. F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

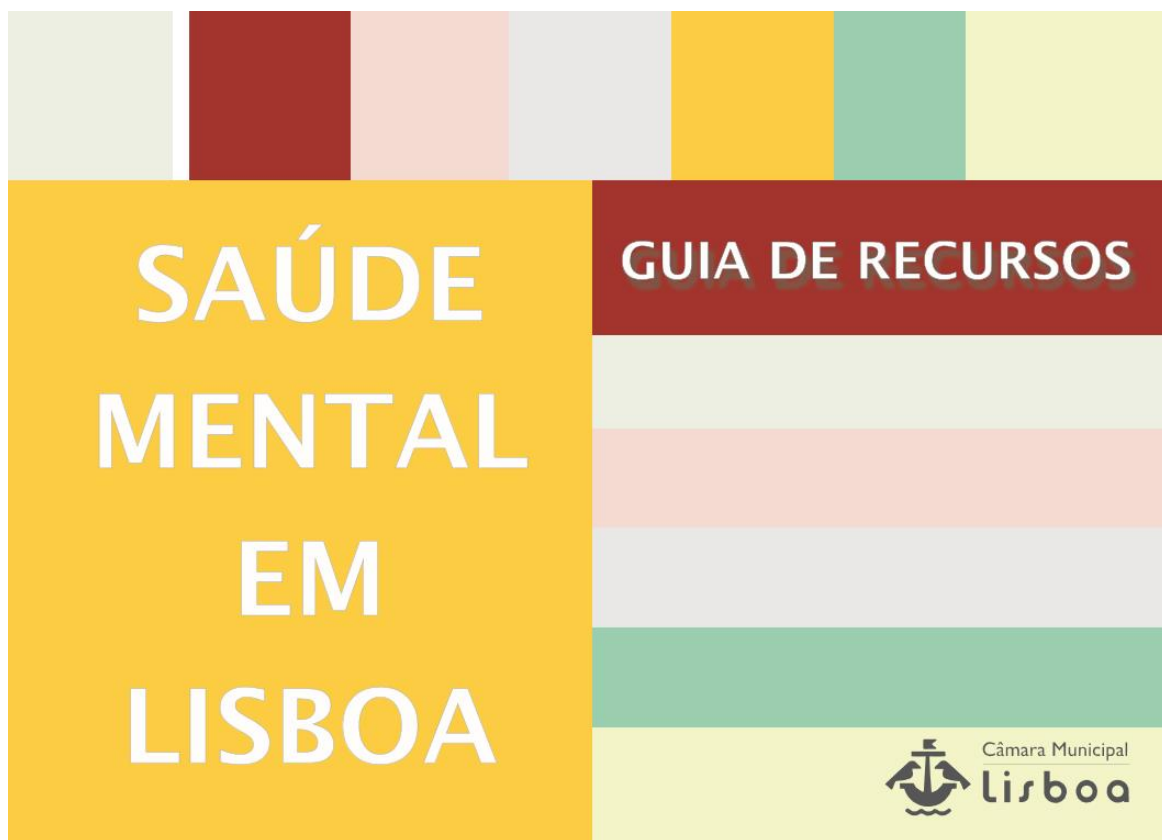




REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

<p>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais</p>	<p>F4.3.1. Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.</p> <p>F4.3.2. Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental.</p> <p>F4.3.3. Implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental.</p> <p>F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Anexo IV – Saúde Mental em Lisboa - Guia de Recursos



Disponível para download em

[http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Desenvolvimento\\_Social/saude/intervencao\\_na\\_saude/guia\\_saude\\_mental\\_2\\_ed.pdf](http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Desenvolvimento_Social/saude/intervencao_na_saude/guia_saude_mental_2_ed.pdf)

## APÊNDICES

## Apêndice I – Neuman assessment and intervention tool

**A – Dados Biográficos**

**B – Stressores entendidos pelo Cliente**

1. O que considera a sua área de grande *stress*, ou áreas de preocupação para a sua saúde?
2. Como é que as circunstâncias atuais diferem do seu padrão habitual de viver?
3. Já experimentou um problema semelhante? Se sim, qual foi e como lidou com isso? Foi bem sucedido?
4. O que prevê para si mesmo no futuro como consequência da sua situação atual?
5. O que está a fazer e o que pode fazer para ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os profissionais, familiares, amigos ou outras pessoas possam fazer por si?

**C – Stressores entendidos pelo Cuidador (Enfermeiro/a)**

1. O que considera ser a área de grande *stress*, ou áreas de preocupação para a saúde do cliente?
2. Como é que as circunstâncias atuais diferem do padrão habitual do modo de viver do cliente?
3. O cliente já experimentou um problema semelhante? Se sim, qual foi e como lidou ele com isso? Pareceu bem sucedido?
4. O que prevê para o futuro do cliente como consequência da sua situação atual?
5. O que está a fazer o cliente para se ajudar a si mesmo?
6. O que pensa que o cliente espera de si (profissional), de familiares, amigos ou outras pessoas?

**D – Stressores entendidos pelo Cliente e Cuidados (Enfermeiro/a)**

(Discrepâncias entre a perceção do Cliente e do Cuidados em relação à situação)

## Apêndice II – Índice de Lawton-Brody

(Identificação do utente)

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Ítems		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Score: \_\_\_\_\_

< 8 Independente nas atividades instrumentais de vida diárias

9 – 20 Moderadamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias

> 20 Severamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias



Apêndice III – Plano da Sessão “*Adesão ao  
Regime Terapêutico*”

## Sessão de Psicoeducação “Adesão ao Regime Terapêutico”

<i>Adesão ao Regime Terapêutico</i>		
Moderadora: Ana Filipa Guerra		
Destinatários: Utentes internados no serviço	Duração da sessão: 45 min	Local: Ginásio
Número de Participantes: 6-8	Data: 30-10-2015	Hora: 11h
<p>Enquadramento</p> <p>É sabido que a falta de adesão ao regime terapêutico está sinalizada como a principal causa de recaídas e reinternamentos. Existe um risco de recaída até 100% para os clientes que interrompem o tratamento farmacológico (Paz e Bennasar, 2007).</p> <p>Stuart &amp; Laraia (2001) evidenciam a dificuldade na realização das atividades de vida diárias, relações interpessoais, baixa autoestima, falta de motivação e má adesão ao projeto terapêutico como focos importantes para a reabilitação dos utentes com doença mental.</p> <p>A adesão é o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional da saúde: ao tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida (OMS 2003).</p> <p>A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005) define adesão como uma ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos, em que a pessoa cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, mostra sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.</p> <p>A medicação é, pois, uma das respostas mais eficazes para reduzir sintomas e diminuir as recaídas. Quando as pessoas tomam medicação como parte do seu tratamento, geralmente têm sintomas com menos frequência e intensidade, melhoram a concentração e pensam com mais clareza, adormecem mais facilmente e dormem mais descansados e conseguem cumprir mais os seus objetivos (CIR, 2009).</p>		

## Objetivos

- Compreender a importância da adesão ao esquema terapêutico;
- Compreender a importância da medicação no seu quotidiano;
- Identificar sinais e sintomas de recaídas;
- Explicar as vantagens e desvantagens da adesão à medicação;
- Explicar os efeitos da medicação;
- Delinear estratégias para não se esquecerem da toma da medicação;
- Promover a reflexão sobre a temática abordada;
- Partilhar as experiências e esclarecer dúvidas existentes.

## Referências Bibliográficas

- CIR - Cuidados Integrados e Recuperação (2009). Manual de Trabalho, Versão 1.3. “PROFORM” – Programa de formação em saúde mental comunitária. Coimbra: Coordenação Nacional Para a Saúde Mental
- Ordem dos Enfermeiros (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova conceção, nova esperança. Organização Pan-Americana de Saúde. Genebra
- Paz, F.; Bennasar, M. (2007) - Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos. Editorial ARS Medica. Barcelona
- Stuart, G.; Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática (6ª Edição ed.). ArtMed Editora

Plano da Sessão

<b><i>Etapas</i></b>	<b><i>Conteúdos</i></b>	<b><i>Metodologia</i></b>	<b><i>Recursos Materiais</i></b>	<b><i>Recursos Humanos</i></b>	<b><i>Tempo</i></b>
Introdução	Apresentação da moderadora Apresentação dos utentes Apresentação do tema e objetivos da sessão	Expositiva Interativa	Data-Show PC Mesa Cadeiras Folhetos	Ana Filipa  Orientadora (Enfª Elisa) Utentes	5´
Desenvolvimento	Exposição do <i>Power Point</i> e discussão com utentes	Expositiva Interativa			25´
Conclusão	Síntese dos principais assuntos discutidos	Interativa			5´
Avaliação da Sessão	Feedback dos utentes Observação direta Questionário	Interativa			10´

Apêndice IV – Apresentação da Sessão  
“Adesão ao Regime Terapêutico”


Diapositivo 1



# **ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

Enf.ª Ana Filipa Guerra

Diapositivo 2



**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## **Objetivo**

Sensibilizar para a importância da adesão ao regime terapêutico

Diapositivo 3

**ESELO**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## Adesão

Quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional da saúde: ao tomar remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida.



Diapositivo 4

**ESELO**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## Adesão Terapêutica

Importante para a eficácia de um tratamento

O principal objectivo é a redução de complicações da doença



Diapositivo 5

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## Porque devo tomar os medicamentos?

Fundamentais para o  
tratamento da doença

Melhoram a qualidade de vida

Ajudam a controlar os  
sintomas e evitar recaídas

Diapositivo 6

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## Vantagens

Melhora a sua qualidade de vida e bem  
estar


Diminui os sinais e sintomas da doença

Diminui as recaídas

Evita internamentos

Ajudar as pessoas a sentirem-se bem

Aumenta a sua capacidade de trabalho






Diapositivo 7

**ESELO**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## A má adesão ao regime terapêutico ocorre quando...

- ...Ocorrem falhas na toma da medicação
- ...Não se toma a dose indicada pelo médico
- ...Não se respeitam os horários indicados
- ...Não se cumprem as indicações da equipa de saúde
- ...Se interrompe totalmente a terapêutica
- ...Se falta à consulta




Diapositivo 8

**ESELO**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

## O que pode levar a deixar de tomar a medicação?

- Desaparecimento de sintomas
  - Efeitos secundários
  - Medo da dependência
- Sensação de que o medicamento não está a fazer efeito
- Dificuldades económicas
- Esquecimento/confusão
- Ter de tomar vários medicamentos em diferentes horários



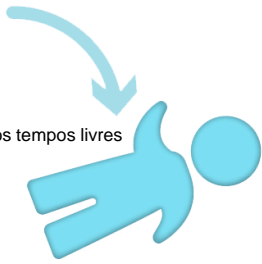
## Diapositivo 9

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

### Sinais de recaída

- Comportamento desadequado
- Depressão/tristeza
- Agitação, agressividade ou medo
- Isolamento social
- Abandono das actividades laborais e ocupação dos tempos livres
- Descuido na higiene pessoal e na aparência
- Insónia ou perturbações do sono
- Ideias estranhas, discurso incoerente
- Abuso de álcool ou outras substâncias



## Diapositivo 10

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

### Sugestões para não esquecer de tomar a medicação!



- Tenha o guia de tratamento sempre consigo
- Coloque a medicação num local visível e de fácil memorização
- Solicite o envolvimento de familiares ou amigos

Diapositivo 11

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

**Desenvolva rotinas facilitadoras:**

- Mantenha horários
- Use um telemóvel ou relógio para programar o horário da medicação
- Utilize caixas de medicação
- Prepare antecipadamente a medicação
- Identifique corretamente os medicamentos



Diapositivo 12

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

**E se...?**

Sentir que a medicação não está a fazer efeito?

Sentir que a medicação me está a fazer mal?

Quiser parar de tomar a medicação?


**Fale com um profissional de saúde!**

Diapositivo 13

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

Por si...  
Pela sua saúde...  
Adira ao regime terapêutico!



Apêndice V – Folheto “*Adesão ao Regime  
Terapêutico*”

### **Sugestões para não se esquecer de tomar a medicação!**

Tenha o guia de tratamento sempre consigo;  
Coloque a medicação em locais visíveis e de fácil memorização

Solicite o envolvimento de familiares ou amigos

Mantenha horários

Utilize caixas de medicação

Prepare antecipadamente a medicação

Identifique corretamente os medicamentos



**Em caso de dúvida consulte a equipa de saúde!**

**Por si...**

**Pela sua saúde...**

**Adira ao regime terapêutico!**

**ADESÃO AO  
REGIME TERAPÊUTICO**



Realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado  
em Enfermagem da ESEL – Área de  
Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Ana Filipa Guerra

A **adesão à terapêutica** é fundamental para a eficácia de um tratamento. O seu principal objetivo é a redução das complicações da doença.



#### **Vantagens da adesão à terapêutica**

Melhora a sua qualidade de vida e bem-estar

Diminui os sinais e sintomas da doença

Diminui as recaídas

Evita internamentos

Ajuda as pessoas a sentirem-se melhor

Aumenta a capacidade para fazer as atividades diárias

#### **A má adesão à terapêutica ocorre quando...**

Existem falhas na toma da medicação

Não se toma a dose indicada pelo médico

Não se respeitam os horários indicados para a toma dos medicamentos

Não se cumprem as indicações da equipa de saúde

Se interrompe totalmente a terapêutica

Se falta à consulta



#### **Sinais de recaída!**

Comportamentos desadequados

Tristeza ou alegria excessiva

Agitação, agressividade ou medo

Isolamento social

Descuido na higiene pessoal e na aparência

Insónia ou perturbações do sono

Abuso do álcool ou outras substâncias



## Apêndice VI – Questionário de avaliação das sessões



### Avaliação da Sessão de Psicoeducação

Com vista a melhorar os cuidados prestados aos utentes internados na Clínica V, gostaria que preenchesse este questionário de avaliação relativo à sessão em que participou.

Obrigada pela sua colaboração.

*Utilize a seguinte escala:*

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

1. <i>Conhecimentos iniciais</i>	1	2	3	4
Antes da realização da sessão, os seus conhecimentos eram:				

2. <i>Expetativas</i>	1	2	3	4
Considera que esta sessão lhe foi útil?				

3. <i>Conteúdos</i>	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros?				
O conteúdo da sessão foi adequado?				
A duração da sessão foi adequada?				
As instalações onde decorreu a sessão foram adequadas?				

4. <i>Formadora</i>	1	2	3	4
A formadora transmitiu os conhecimentos com clareza?				
Os métodos utilizados foram adequados?				

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VII – Avaliação da Sessão “Adesão  
ao Regime Terapêutico”

## Avaliação da Sessão de Psicoeducação

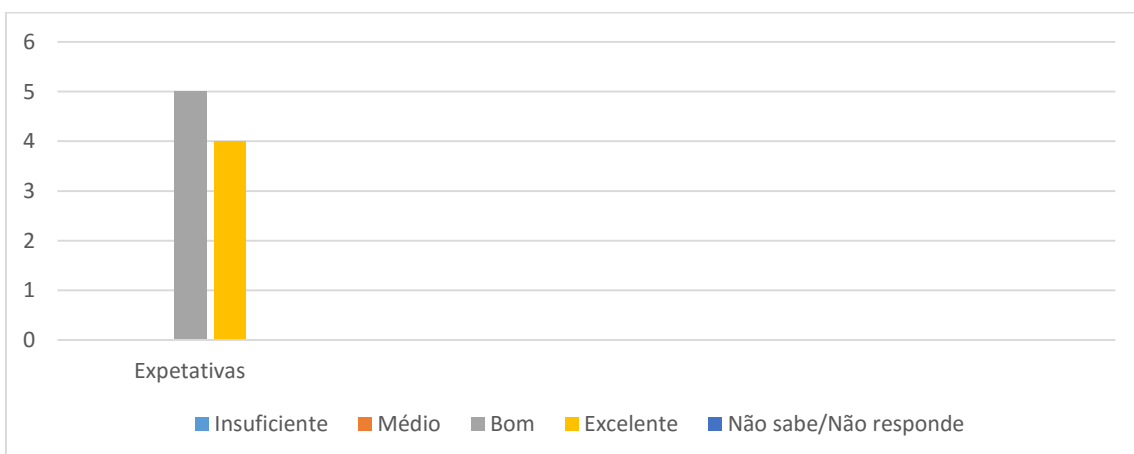
### *Conhecimentos iniciais*

Antes da realização da sessão, os seus conhecimentos eram:

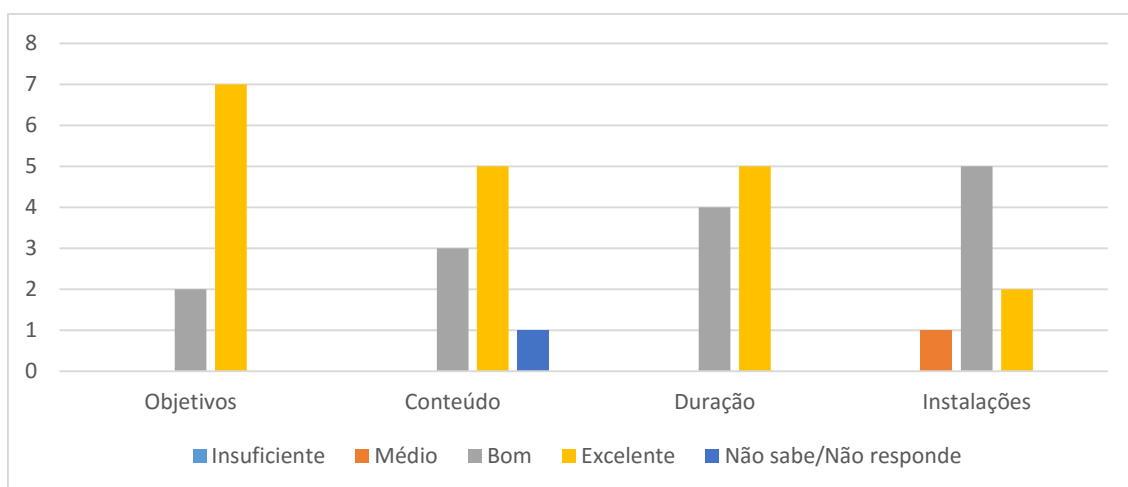


### *Expetativas*

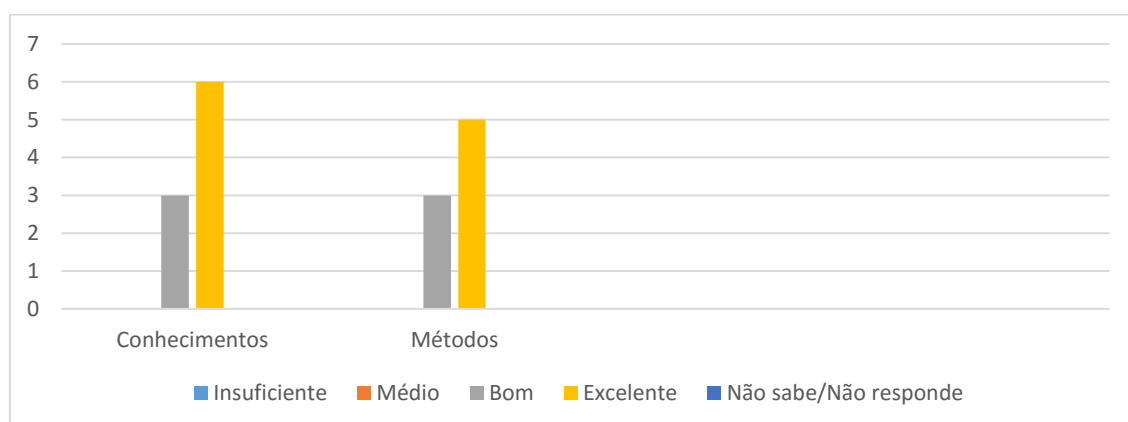
Considera que esta sessão lhe foi útil?



<i>Conteúdos</i>
Os objetivos da sessão foram claros?
O conteúdo da sessão foi adequado?
A duração da sessão foi adequada?
As instalações onde decorreu a sessão foram adequadas?



<i>Formadora</i>
A formadora transmitiu os conhecimentos com clareza?
Os métodos utilizados foram adequados?



Apêndice VIII – Plano da Sessão “*Lidar com o Stress*”

### Sessão de Psicoeducação “Lidar com o Stress”

Lidar com o Stress		
Moderadora: Ana Filipa Guerra		
Destinatários: Utentes internados no serviço	Duração da sessão: 45 min	Local: Ginásio
Número de Participantes: 8-10	Data: 09-11-2015	Hora: 20h
<p>Enquadramento</p> <p>Os relatórios da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental são unânimes ao preverem um aumento significativo das perturbações mentais, com o consequente aumento da vulnerabilidade a quadros relacionados com o stresse e a depressão.</p> <p>O <i>stress</i> está em todo o lado na nossa sociedade. Na maior parte dos casos, o <i>stress</i> é associado a situações negativas, mas algumas situações positivas também produzem stress e podem originar tanta ansiedade quanto os <i>stressores</i> negativos. Entende-se por <i>stressor</i> qualquer indivíduo ou situação que produza respostas de ansiedade (Neeb, 2000).</p> <p>O fato de um evento ser percebido como stressante depende da sua natureza, assim como dos recursos, defesas e mecanismos de <i>coping</i> da pessoa (Kaplan et al, 1997).</p> <p><i>Stress</i> e <i>stressors</i> são, pois, diferentes de pessoa para pessoa, daí ser importante que o enfermeiro ajude o utente a identificar quais os fatores que lhe provocam stresse (Neeb, 2000).</p> <p>O <i>stress</i> contribui para o aparecimento de sintomas e recaídas em pessoas com problemas de saúde mental. Lidar eficazmente com a tensão, ou seja, com o <i>stress</i>, pode reduzir sintomas e prevenir recaídas (CIR, 2009).</p> <p>O tratamento deve, por isso, ser individualizado para cada utente, podendo abranger psicofarmacologia, psicoterapia individual, psicoeducação e exercícios de relaxamento. O ensino de técnicas de relaxamento possibilita ao utente a oportunidade de gerir a sua ansiedade de forma independente (Neeb, 2000).</p> <p>Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o treino de relaxamento é um processo que ajuda a</p>		

pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado, ou reduzir os níveis de *stress*, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stress e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória.

#### Objetivos

- Compreender a importância de lidar eficazmente com o *stress*;
- Identificar acontecimentos e alterações na vida diária suscetíveis de originar *stress*;
- Enumerar estratégias para prevenir algumas fontes de *stress* ou tensão;
- Exemplificar uma estratégia de adaptação para reduzir os efeitos do *stress* (relaxamento muscular);
- Promover a reflexão sobre a temática abordada;
- Partilhar as experiências e esclarecer dúvidas existentes.

#### Referências Bibliográficas

- CIR - Cuidados Integrados e Recuperação (2009). Manual de Trabalho, Versão 1.3. “PROFORM” – Programa de formação em saúde mental comunitária. Coimbra: Coordenação Nacional Para a Saúde Mental
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas
- Neeb, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. pp.1734-1741

*Plano da Sessão*

<b><i>Etapas</i></b>	<b><i>Conteúdos</i></b>	<b><i>Metodologia</i></b>	<b><i>Recursos Materiais</i></b>	<b><i>Recursos Humanos</i></b>	<b><i>Tempo</i></b>
Introdução	Apresentação da moderadora Apresentação dos utentes Apresentação do tema e objetivos da sessão	Expositiva Interativa	Data-Show PC Mesa Cadeiras	Ana Filipa  Orientadora (Enf <sup>a</sup> Elisa) Utentes	5´
Desenvolvimento	Exposição do <i>Power Point</i> Exemplificação de técnica de relaxamento	Expositiva Interativa			25´
Conclusão	Síntese dos principais assuntos discutidos	Interativa			5´
Avaliação da Sessão	Feedback dos utentes Observação direta Questionário	Interativa			10´



## Apêndice IX – Sessão “*Lidar com o Stress*”

Diapositivo 1

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

# LIDAR COM O STRESS



A semi-circular gauge with five colored segments: green, yellow, orange, and red. A blue needle points to the yellow segment. Below the gauge, the text "stress meter" is written in blue, with a small blue circle around the letter 'o'.

Enf.ª Ana Filipa Guerra

Diapositivo 2

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## LIDAR COM O STRESS


### Objetivo

Sensibilizar  
para a  
importância de  
lidar  
eficazmente  
com o stress



A black signpost with two signs. The top sign says "STRESS" and the bottom sign says "RELAX". The signpost is set against a blue sky with white clouds.


### Diapositivo 3




LIDAR COM O STRESS

## Stress

Utilizado para descrever um sentimento de pressão ou tensão. As pessoas referem estar sob stresse quando enfrentam situações ou acontecimentos que constituem um desafio.



### Diapositivo 4




LIDAR COM O STRESS

## Stress e Saúde Mental


O stress é uma parte natural da vida.

Lidar eficazmente com situações que provocam stress minimiza os seus efeitos.

Quando se lida de forma não eficaz, pode agravar os sintomas e conduzir a recaídas.







Diapositivo 5







LIDAR COM O STRESS

### O que o faz sentir sob stress?



Acontecimentos de vida



Diapositivo 6



LIDAR COM O STRESS

### O que o faz sentir sob stress?



Transtornos diários



Diapositivo 7



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**LIDAR COM O STRESS**



## Sinais e sintomas

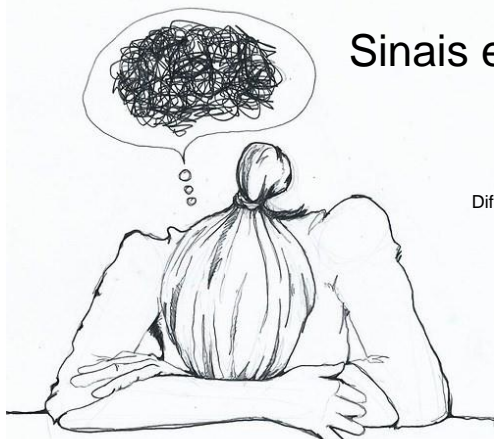
- Dores de cabeça
- Transpiração
- Ritmo cardíaco acelerado
- Dificuldade em adormecer
- Tremores nas mãos ou no corpo
- Problemas de digestão

Diapositivo 8



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa


**LIDAR COM O STRESS**



## Sinais e sintomas

- Dores de estômago
- Boca seca
- Dificuldades na concentração
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Chorar com frequência
- Descuido na aparência
- Uso de álcool ou drogas

Diapositivo 9



Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

LIDAR COM O STRESS

## Como prevenir o stress?

Identificar as situações causadoras de stress no passado




Planear atividades que lhe dão prazer

Programar momentos de descontração

Manter o equilíbrio

Procurar ajuda

Evitar ser demasiado exigente consigo



Diapositivo 10



Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

LIDAR COM O STRESS

## Lidar eficazmente com o stress

Relaxamento Muscular



Diapositivo 11



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

LIDAR COM O STRESS





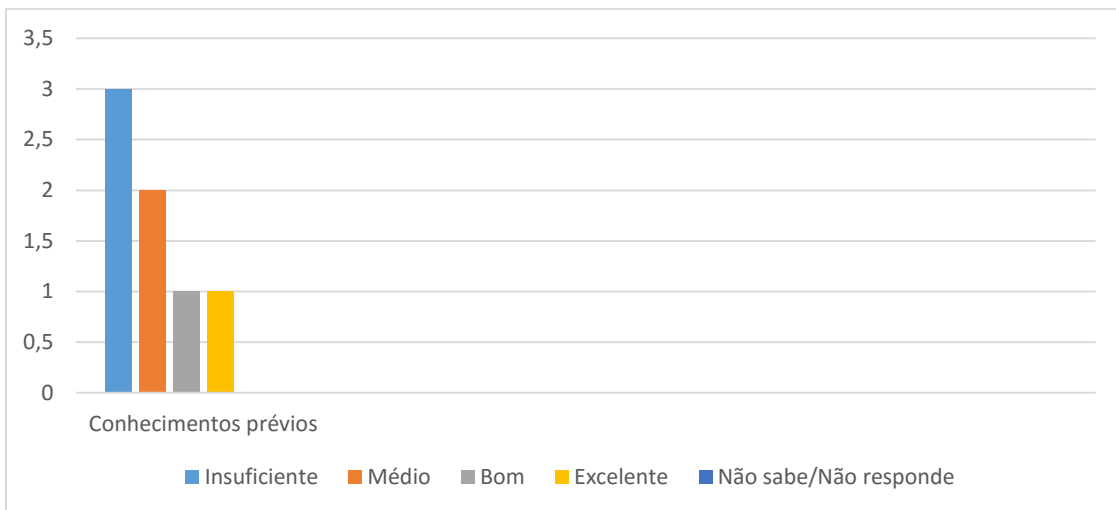
Apêndice X – Avaliação da Sessão “*Lidar com  
o Stress*”



## Avaliação da Sessão de Psicoeducação

### *Conhecimentos iniciais*

Antes da realização da sessão, os seus conhecimentos eram:

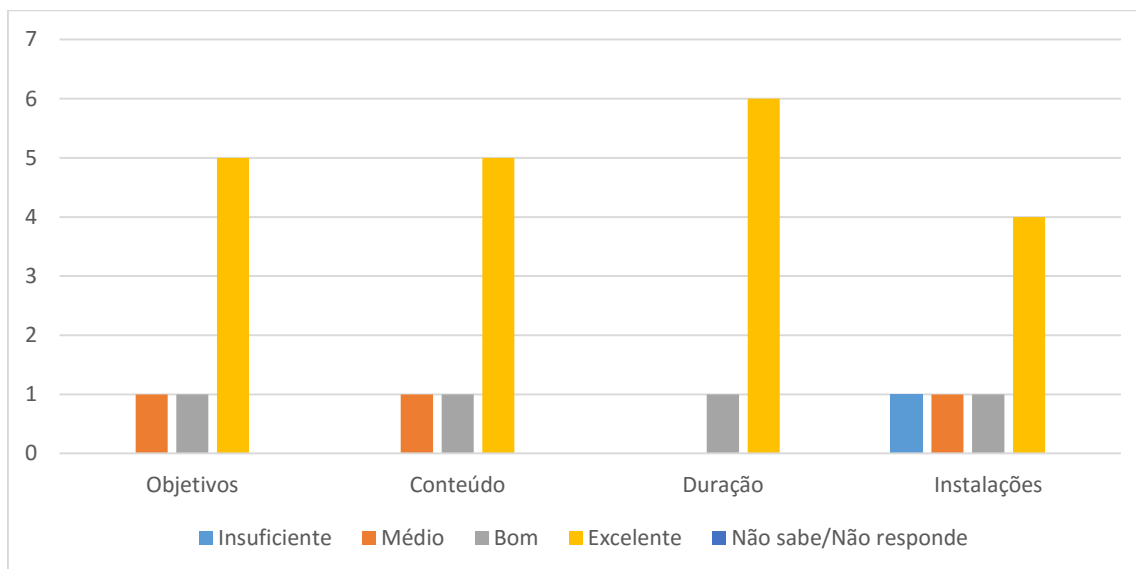


### *Expetativas*

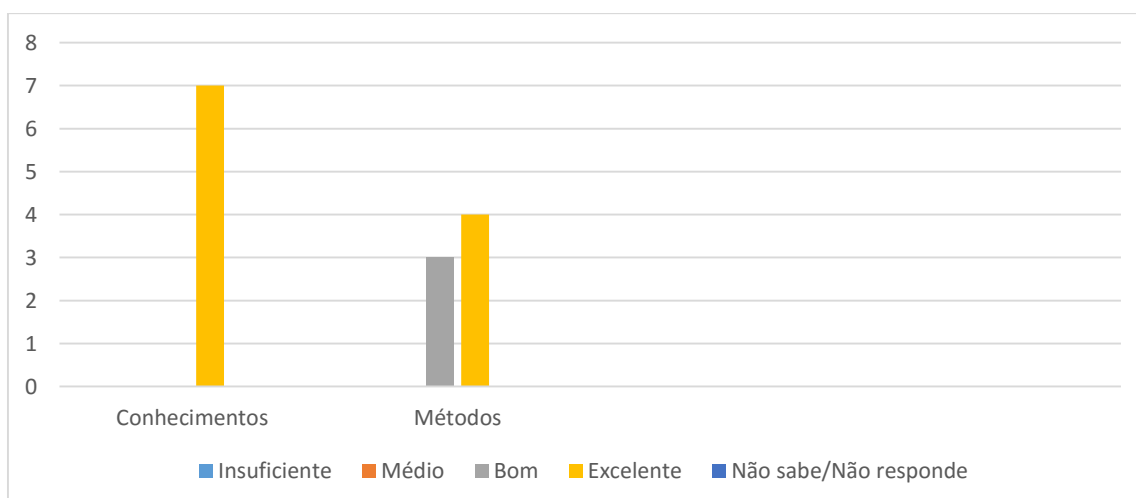
Considera que esta sessão lhe foi útil?



<i>Conteúdos</i>
Os objetivos da sessão foram claros?
O conteúdo da sessão foi adequado?
A duração da sessão foi adequada?
As instalações onde decorreu a sessão foram adequadas?



<i>Formadora</i>
A formadora transmitiu os conhecimentos com clareza?
Os métodos utilizados foram adequados?



## Apêndice XI – Recursos na Comunidade

## ► Recursos na Comunidade – Grupo das 4as feiras

Enf.<sup>a</sup> Referência: MS

FREGUESIA	NOME	MORADA / CONTACTO	SERVIÇOS
Alto do Pina	Centro de Dia do Alto do Pina - SCML	Rua Abade Faria, nº37, r/c 218411070 cd.altodopina@scml.pt	Centro de Dia Apoio Domiciliário
	Ginásio do Alto do Pina	Rua Barão Sabrosa, nº93/97 218146119 ginasioaltodopina@hotmail.com www.ginasioaltodopina.pt	Centro de Convívio Atividades Culturais e Recreativas
	Residência São José	Rua Augusto Machado, nº1, r/c Esq. 218403985 aoassvp-geral@sapo.pt	Residência Feminina
	Centro Porta Amiga das Olaias – Fundação AMI	Rua Américo Durão, Lote E, Loja 8/9 218498019 pa.olaias@ami.org.pt	Apoio Domiciliário
	Lar São João de Deus	Avenida Almirante Reis, nº256, 4º Dto. 218402132	Lar
	Centro Comunitário de Desenvolvimento Social de Lisboa	Alameda D. Afonso Henriques, nº42 218409010 anccd@ccd-coop.pt	Apoio Domiciliário
	Fonte Monumental	Alameda Dom Afonso Henriques	Jardim Tempos Livres
Anjos	Centro de Saúde da Penha de França	Rua Luís Pinto Moutinho, nº5 218164100	Cuidados de Saúde Primários
	Centro de Dia Nossa Senhora dos Anjos - SCML	Rua Andrade, nº13-G 218164000 cd.anjos@scml.pt	Centro de Dia Apoio Domiciliário

	MODERP – Associação Nacional de Aposentados, Pensionistas e Reformados	Avenida Almirante Reis, nº13, 1º 218851608 218851609 moderp@sapo.pt	Centro de Convívio Aconselhamento Jurídico Atividades Recreativas
	Centro Social Paroquial Nossa Senhora dos Anjos	Avenida Almirante Reis Igreja dos Anjos 218142255 218142288 cspanjos@gmail.com	Centro de Dia Centro de Convívio
	Lar Nossa Senhora dos Anjos - SCML	Avenida Almirante Reis, nº60, r/c Dto. 218163250	Lar
	Centro de Santa Maria Madalena - SCML	Avenida Almirante Reis, nº16, r/c Esq. 218802150 claudia.agosto@scml.pt	Centro de Dia
	DAVAP – Associação de Voluntários para Apoio a Pessoas Dependentes	Avenida Almirante Reis, nº57, 1ºEsq. www.davap.pt	ONG
	Jardim João do Rio	Avenida Almirante Reis	Jardim Tempos Livres
Beato	Domus Mater – Associação de Pais e Amigos de Doentes Portadores de Neurose Obsessiva- Compulsiva	Rua João Nascimento Costa, Lote 7, Loja Dta. 21840187 domusmater@gmail.com www.domusmater.org	ONG
	Convívio de Reformados e Idosos da Freguesia do Beato	Rua Nova do Grillo, nº9 938071557	Centro de Convívio

	Recolhimentos da Capital - Grillo	Rua do Grillo, nº116-E 218681154 recolhimentos.cdssl@mail.telepac.pt	Residência Apoio Domiciliário
	Centro Comunitário da Picheleira	Rua Capitão Roby, nº19 A/B 218409108	Centro de Dia Apoio Domiciliário
	Centro de Dia São Bartolomeu do Beato - SCML	Rua Dom Luís Coutinho, nº56 218685063	Centro de Dia Centro de Convívio
	Convívio de Idosos de São Bartolomeu do Beato - SCML	Rua Nicolau Tolentino, nº2 961932489	Centro de Convívio
	Associação Médicos no Mundo – Projeto Viver Saudável	Rua João Nascimento Costa, Lote 9, Piso 0, Loja Esq. 218462002	Centro de Convívio Apoio Médico e de Enfermagem ao Domicílio
	Parque Urbano da Madre Deus	Largo da Madre de Deus	Jardim Pavilhão Polidesportivo Circuito de Manutenção
Penha de França	Horizonte – Centro de Integração Psicossocial, Associação de Utentes, Famílias e Técnicos de Saúde Mental, IPS	Rua Eduardo Costa, nº4 218689429 horizonte.psico@gmail.com	Residência
	Centro Social Paroquial da Penha de França	Rua Francisco Pedro Curado, nº1 218125027 csp.penhafranca@gmail.com	Centro de Dia Centro de Convívio Apoio Domiciliário Lar Apartamentos T1
	Casa Nossa Senhora da Paz	Rua Mestre António Martins, nº8, 1ºDto. 218151773	Lar

	Serviço de Apoio Domiciliário de São João - SCML	Rua de Lacerda e Almeida, nº9, 1ºEsq. 218136516	Apoio Domiciliário
	Equipamento da Obra de Santa Zita	Rua da Penha de França, nº247 218139011 oszpenha@netcabo.pt	Lar
	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Extensão de Saúde Natália Correia	Rua dos Sapadores, 153 – 153 A 218109090	Cuidados de Saúde Primários
	Biblioteca Municipal Penha de França	Calçada Poço dos Mouros, nº2 218160750 blb.pfranca@cm-lisboa.pt	Educação
	Piscina Municipal da Penha de França	218161750	Desporto
São João	Centro de Saúde de São João	Rua Afonso III, Lote 16 218101010 218101011	Cuidados de Saúde Primários
	Recolhimentos da Capital – Santos-o-Novo	Calçada das Lajes, Pátio das Comendadeiras 218109080 recolhimentos.cdssl@mail.telepac.pt	Residências Apoio Domiciliário
	Centro Paroquial de São João Evangelista	Rua Barão de Sabrosa, nº17 a 21 218140863 paroquiaapocalipseus.j.l@hotmail.com	Centro de Dia Centro de Convívio
	Lar Escola Doutor Virgílio Lopes	Rua Forte de Santa Apolónia, Lote 4 218133072 maria.helena@ump.pt	Lar
	Residência de Santo António	Rua Ator Vale, nº43, 2ºEsq. 218141201	Residência
	Biblioteca da Junta de Freguesia de São João	Rua Morais Soares, nº32 218133082	Educação (2ª a 6ª das 11h às 13h e das 16h às 18h30)

São João de Brito	Lar Maria Auxiliadora - SCML	Avenida Dom Rodrigo da Cunha, nº24 218463275 ilda.frada@scml.pt	Lar
	Centro Social e Paroquial de São João de Brito	Largo Frei Heitor Pinto 218405731	Centro de Convívio Centro de Dia Apoio Domiciliário
	Residência Temporária – CSP São João de Brito	Avenida Rio de Janeiro, nº42, 2ºDto. 218405731 cspjbrito@sapo.pt	Lar
	Lar de Idosos da Sociedade Espanhola de Beneficência	Avenida Dom Rodrigo da Cunha, nº1 218490714 soc_esp_ben@hotmail.com	Residência
	Cruz Vermelha Portuguesa	Avenida Almirante Gago Coutinho, nº156 213030360	Apoio Domiciliário Centro de Dia
	Biblioteca Chaves Caminha	Avenida do Rio de Janeiro, nº30-A 218495963 bibliotecachevescaminha@sapo.pt	Educação (2ª a 6ª das 13h às 19h30, sábado das 10h às 13h e das 14h30 às 17h)
São João de Deus	FNERDM – Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais	Avenida António José de Almeida, nº26 210168425 210168465 geral@fnerdm.pt	
	AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial	Avenida António José de Almeida, nº26 218453580 <a href="mailto:aeips@mail.telepac.pt">aeips@mail.telepac.pt</a> <a href="http://www.aeips.pt">www.aeips.pt</a>	Residência Fóruns Socio-Ocupacionais Inserção Profissional



	CEAM – Centro de <i>Empowerment</i> e Ajuda Mútua	Avenida António José de Almeida, nº26 218453580 centro.empowerment@gmail.com	Residência Fóruns Socio- Ocupacionais Inserção Profissional
	Olhar – Associação pela Intervenção a Apoio à Saúde Mental	Rua Augusto Gil, nº1, 2ºDto. 217971805 <a href="mailto:assolhar@gmail.com">assolhar@gmail.com</a> <a href="http://www.olhar-home.sapo.pt">www.olhar-home.sapo.pt</a>	ONG
	Centro de Saúde da Alameda	Rua Carvalho Araújo, nº103 218105000	Cuidados de Saúde Primários Oftalmologia Dermatologia Cardiologia
	União de Pensionistas da Previdência e Segurança Social	Alameda Dom Afonso Henriques, nº72, 2ºEsq. 218493872	Centro de Dia Apoio Domiciliário
	Residência Santa Teresinha Menino Jesus	Avenida São João de Deus, nº41, 3ºEsq. 218489743 <a href="mailto:aoassvo-geral@sapo.pt">aoassvo-geral@sapo.pt</a>	Residência
	Convívio Critão da Paróquia de São João de Deus	Rua Braz Pacheco, nº4 218437450 <a href="mailto:igrejaJoaoDeus@gmail.com">igrejaJoaoDeus@gmail.com</a>	Convívio Cristão (4ª e 6ª feira)
	Convívio dos Serviços Sociais da Administração Pública	Avenida Guerra Junqueiro, nº19, 3º 218405048 <a href="mailto:centro.junqueiro@ssap.gov.pt">centro.junqueiro@ssap.gov.pt</a>	Centro de Convívio
	Universidade Sénior de São João de Deus	Rua João Villaret, nº9 218400253 <a href="mailto:sao.joao.deus.junta@mail.telepac.pt">sao.joao.deus.junta@mail.telepac.pt</a>	Educação
São Jorge de Arroios	Hospital Dona Estefânia	Rua Jacinta Marto 213126600 <a href="mailto:hdestefania@hdestefania.min-saude.pt">hdestefania@hdestefania.min-saude.pt</a>	Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

	Centro Paroquial de São Jorge de Arroios	Rua Carlos José Barreiros, nº19 218435200 centrodearroios@gmail.com	Centro de Dia Centro de Convívio Apoio Domiciliário
	Lar São Martinho	Rua Francisco Sanches, nº43, 2ºDto. 218123628 aoassvp-geral@scml.pt	Lar
	Serviço de Apoio Domiciliário de São Jorge de Arroios - SCML	Avenida Almirante Reis, nº186, 2ºDto. 218411060 susana.santos@scml.pt	Apoio Domiciliário
	Lar São João Baptista	Rua Heróis de Quionga, nº46/48, 1º 218153558 aoassvp-geral@sapo.pt	Lar
	Biblioteca Banco de Portugal	Rua Francisco Ribeiro, nº2 213130000	Educação (2ª a 6ª das 9h às 12h e das 13h30 à 16h)
	Biblioteca da Junta de Freguesia de São Jorge de Arroios	Rua Passos Manuel, nº20, 1º 213511610	Educação (2ª a 6ª da 9h às 17h)
	Jardim Constantino	Rua Pascoal de Melo	Jardim Tempos Livres
	Jardim Henrique Lopes Mendonça	Praça José Fontana	Jardim Tempos Livres

## Apêndice XII – Plano de Cuidados Sr. A

**PLANO DE CUIDADOS****2016****Enf. Referência:** MS**Médico:** PR**Consulta de Enf.****Domicílio:** quinzenal

(4ª feira)

**Identificação do Utente**

(colar vinheta)

**Informação Clínica**

Utente do sexo masculino, 52 anos, solteiro, desempregado.

Antecedentes pessoais de Esquizofrenia e Toxicodependência

Internamento em 2011. Sem consumos desde então.

Vive com a mãe.

Solicitada consulta de enfermagem no domicílio para administração quinzenal de terapêutica *depot*.**Instrumentos de Avaliação**

Índice de Lawton-Brody (versão apresentada por Sequeira, 2007): Score 19 (moderadamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias)

**Cuidador**

Mãe

**Recursos na Comunidade**

Junta de Freguesia

Farmácias

CAT

Espaço saúde (2ª a 6ª das 10h-19h)

Espaço ideias

Parque da Mata de Madre

Deus

Ginástica 4ª (15h) e 6ª (16h)

Centro de Dia

<b>Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)</b>	<b>Intervenções de Enfermagem (CIPE)</b>	<b>Avaliação</b>
Alucinação presente (vozes de conteúdo pejorativo)	<p>Orientar para a realidade</p> <p>Gerir a comunicação</p> <p>Incentivar a participação em atividades de distração</p> <p>Administrar medicamento IM</p> <p>Informar médico</p>	<p><b>14º dia</b> Mantém alucinações auditivas, embora com menos frequência. “São uns zumbidos...” (SIC)</p> <p><b>26º dia</b> Mantém atividade produtiva, mas revela crítica para a mesma: “(...) sei que são da minha cabeça, não são reais, já estive assim quando fui internado...” (SIC)</p> <p><b>42º dia</b> Nega alucinações</p>
Tristeza presente (relacionada com alucinações acústico-verbais)	<p>Oferecer escuta ativa</p> <p>Vigiar a tristeza</p> <p>Gerir a comunicação</p> <p>Incentivar a participação em atividades de distração</p>	<p><b>14º dia</b> Fácies triste, mas esboça sorrisos quando abordado. Refere não se sentir tão triste</p> <p><b>26º dia</b> Mais comunicativo, humor aparentemente subeufórico. Vai com a mãe ao supermercado e ajuda-a com as compras</p> <p><b>42º dia</b> Humor eufórico, fácies expressivo. Refere ter feito caminhadas perto de casa</p>
Ingestão nutricional comprometida (relacionada com tristeza)	<p>Executar educação para a saúde sobre alimentação</p> <p>Monitorizar peso</p> <p>Ensinar cuidador sobre alimentação</p>	<p><b>14º dia</b> Refere ter mais apetite. A mãe confirma. Apresenta IMC abaixo de 20.</p> <p><b>26º dia</b> Ganho ponderal de 0,9 Kg</p> <p><b>42º dia</b> Refere apetite normalizado. “Agora como mais... também deve ser das caminhadas...” (SIC)</p>

## Apêndice XIII – Plano de Cuidados Sra. B

**PLANO DE CUIDADOS****2016****Enf. Referência:** MS**Médico:** AP**Consulta de Enf.****Domicílio:** semanal

(4ª feira)

**Identificação do Utente**

(colar vinheta)

**Informação Clínica**

Utente do sexo feminino, 89 anos, viúva, reformada.

Autónoma nas atividades de vida diárias.

Antecedentes pessoais de Perturbação Afetiva Bipolar.

Internamento em 2014.

Solicitada consulta de enfermagem no domicílio para avaliação, monitorização da adesão à terapêutica e administração mensal de terapêutica *depot*.**Instrumentos de Avaliação**

Índice de Lawton-Brody (versão apresentada por Sequeira, 2007): Score 23 (severamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias)

**Cuidador**

Empregada que providencia higiene, alimentação e compra da terapêutica

**Recursos na Comunidade**

Farmácias

Café

Supermercado

Jardim Fernando Peça

Jardim da Alameda

Programa Envelhecimento

Ativo (Junta de Freguesia)

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Intervenções de Enfermagem (CIPE)	Avaliação
Pensamento alterado (delírio persecutório em relação aos vizinhos)	<p>Vigiar o pensamento</p> <p>Orientar para a realidade</p> <p>Gerir a comunicação</p> <p>Informar sobre serviços de apoio</p> <p>Incentivar a participação em atividades de distração</p>	<p><b>7º dia</b> Mantém delírio persecutório, sem insight. Postura desconfiada em relação aos profissionais. <i>“pronto... vou-me calar, já vi que não acreditam em mim”</i> (SIC). Sai de casa para frequentar pastelaria. Refere esquecer-se de tomar a medicação.</p> <p><b>14º dia</b> Realizados ensinios à cuidadora sobre a importância da adesão à terapêutica.</p> <p><b>21º dia</b> Delírio persecutório menos evidente, contudo ainda verbaliza quando abordado o tema. Aparenta ter tomado a medicação no horário estabelecido.</p> <p><b>28º dia</b> Sem atividade produtiva evidente.</p>
Interação social diminuída (verbaliza sentimento de “enorme solidão” (SIC)	<p>Ensinar sobre estratégias promotoras da interação social</p> <p>Estabelecer um programa de atividades</p> <p>Incentivar a participação em atividades de grupo</p> <p>Informar sobre serviços de apoio</p> <p>Informar equipa multidisciplinar (médico / assistente social)</p>	<p><b>7º dia</b> Ambivalente em relação à ida para lar (assunto abordado pela assistente social nos últimos meses).</p> <p><b>14º dia</b> Recusa em participar nas atividades propostas (passeios providenciados pela junta de freguesia). Vai à pastelaria todos os dias.</p> <p><b>21º dia</b> Mais recetiva em relação à ida para lar. Verbaliza sentir-se <i>“sozinha... é triste...”</i> (SIC)</p> <p><b>28º dia</b> Aparenta aceitar ida para instituição de apoio. <i>“dentro de três meses tratamos disso”</i> (SIC)</p>



## Apêndice XIV – Plano de Cuidados Sr. C

**PLANO DE CUIDADOS****2016****Enf. Referência:**

MS

**Médico:** MG**Consulta de Enf.****Domicílio:** 3/3  
semanas (4ª feira)**Identificação do Utente**

(colar vinheta)

**Informação Clínica**

Utente do sexo masculino, 52 anos, solteiro, reformado.

Antecedentes pessoais de Esquizofrenia.

Vive sozinho. Tem o apoio esporádico da irmã.

Solicitada consulta de enfermagem no domicílio para promoção das saídas à rua e administração de terapêutica *depot* de 3/3 semanas.**Instrumentos de Avaliação**

Índice de Lawton-Brody (versão apresentada por Sequeira, 2007): Score 23 (moderadamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias)

**Cuidador**

Apoio de um Centro Social para alimentação, limpeza da casa e lavagem da roupa

**Recursos na Comunidade**

Farmácias

Jardim da Alameda

Supermercado

Café

Associação Olhar

AEIPS

CEAM

Universidade Sénior de São João de Deus

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Intervenções de Enfermagem (CIPE)	Avaliação
<p>Interação social diminuída (utente não sai de casa, mantém janelas fechadas todo o dia, verbaliza “receio em sair à rua” SIC, ocupa o tempo a ver televisão e a fumar)</p>	<p>Ensinar sobre estratégias promotoras da interação social</p> <p>Estabelecer um programa de atividades</p> <p>Incentivar a participação em atividades de grupo</p> <p>Incentivar o envolvimento familiar</p>	<p><b>28º dia</b> Utente foi passar o Natal com a irmã. Refere ter gostado de passar aqueles dias com a família desta (cunhado e sobrinhos). Esboça ligeiros sorrisos. Não voltou a sair à rua desde o regresso (2 de Janeiro). <i>“É por causa daquele problema... são as pessoas...”</i> (SIC).</p> <p><b>42º dia</b> Breve interação com o utente, baseada na entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987). Identificado o receio de falar em público, de fazer pedidos, expressar desagrado e ser avaliado negativamente fatores relacionados com o diagnóstico levantado.</p> <p><b>49º dia</b> Fomos informados do falecimento do utente.</p>
<p>Obstipação</p>	<p>Executar educação para a saúde sobre alimentação, hidratação e exercício físico</p> <p>Gerir medicação</p>	<p><b>28º dia</b> Mantém períodos de obstipação. Alimenta-se da dieta fornecida pelo Centro Social. Ingere 1L de água por dia. Mantém hábitos tabágicos. Não realiza exercício físico. Tem medicação que faz em SOS de forma correta.</p>

## Apêndice XV – Estudo de Caso



6º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

# *A Pessoa em situação de Folie a Deux*

Estudo de Caso Clínico

Estudo de Caso Clínico de um cliente com o diagnóstico de Folie a  
Deux à luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

# *A Pessoa em situação de Folie a Deux*

## Estudo de Caso Clínico

### **Avaliação Inicial**

### **Plano de Cuidados**

#### **Internamento**

#### **Comunidade**

*“Precisamos,  
agora,  
enfaticamente,  
recusar lidar com  
componentes  
únicos, mas, sim,  
relacionarmo-nos  
ao conceito de  
todo. Precisamos  
pensar e agir  
sistemicamente”*

Betty Neuman

## AVALIAÇÃO INICIAL

### Dados Biográficos

Nome: Sr. X

Idade: 64 anos

Situação conjugal: casado

Situação profissional: aposentado

### Motivo de Internamento

Transferido da consulta externa por discurso delirante de conteúdo persecutório em relação aos vizinhos e autoridades. Diagnóstico de *Folie a Deux* com a esposa. Fica em regime de internamento compulsivo por recusa de tratamento e risco para si próprio e terceiros.

### Cliente/Sistema

Variável **Fisiológica**: hipertensão arterial, hipercilesterolémia, hiperplasia benigna da próstata (faz terapêutica para o efeito)

Variável **Psicológica**: insónia inicial (faz terapêutica indutora do sono em SOS), preocupação face ao internamento da esposa

Variável **Sociocultural**: suporte familiar pequeno mas consistente (filho), situação financeira confortável (casa própria, casa de férias), fraca rede de amigos, tempos livre ocupados em fazer caminhadas, cinema, centro comercial

Variável **Desenvolvimental**: filho independente, sustento familiar repartido com a esposa (esta com doença mental com 30 anos de evolução, cliente é o cuidador)

Variável **Espiritual**: católico (não frequenta igreja)

Stressores ambientais identificados pelo cliente / enfermeira

	Cliente	Enfermeira
<b>Intrapessoais</b>	<p>Angústia por ter sido internado</p> <p>Sensação de que os vizinhos e polícia os andam a perseguir (cliente e esposa), colocam câmaras em casa, roubam as coisas e colocam a vida deles na internet</p> <p>Sensação de privacidade violada</p>	<p>Ausência de crítica para a doença</p> <p>Atividade delirante em grande dinamismo</p>
<b>Interpessoais</b>	<p>Expetativa em relação ao futuro (doença da esposa)</p> <p>Expetativa de compreensão e apoio por parte dos profissionais de saúde</p>	<p>Trabalhar a crítica para a doença</p> <p>Monitorizar adesão à terapêutica e relação com a esposa no pós alta</p>
<b>Extrapessoais</b>	Relação conflituosa com os vizinhos	As mesmas

Recursos identificados pelo cliente / enfermeira

	Cliente	Enfermeira
<b>Internos</b>	<p>Manutenção na realização das atividades de vida diárias, atividades instrumentais de vida diárias e ocupação de tempos livres e lazer</p>	<p>As mesmas</p> <p>Boa capacidade resiliência face à doença da esposa</p>
<b>Externos</b>	Situação financeira estável	As mesmas



### Avaliação do estado mental

Aceitação do internamento: não

Motivação para o internamento: sem motivação

Crítica para a doença: sem crítica

Relacionamento: contato cordial, embora tenso quando abordado o motivo de internamento

Comunicação: discurso organizado, linguagem e tom adequados, sem alterações da semântica ou sintaxe, coerente de acordo com o pensamento

Comportamento: tenso mas sem hostilidade, colaborante

Atenção: captável e facilmente mantida

Humor: facilmente irritável, mas sem hostilidade

Memória: sem alterações

Percepção: sem alterações

Pensamento: taquipsiquismo, delírio persecutório

### Outros instrumentos de avaliação

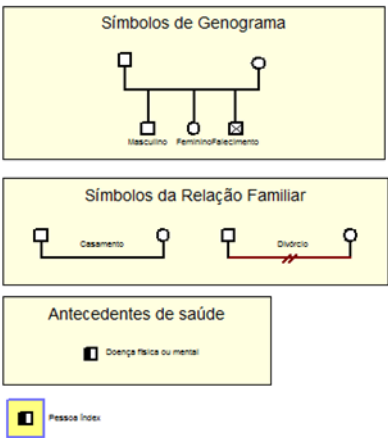
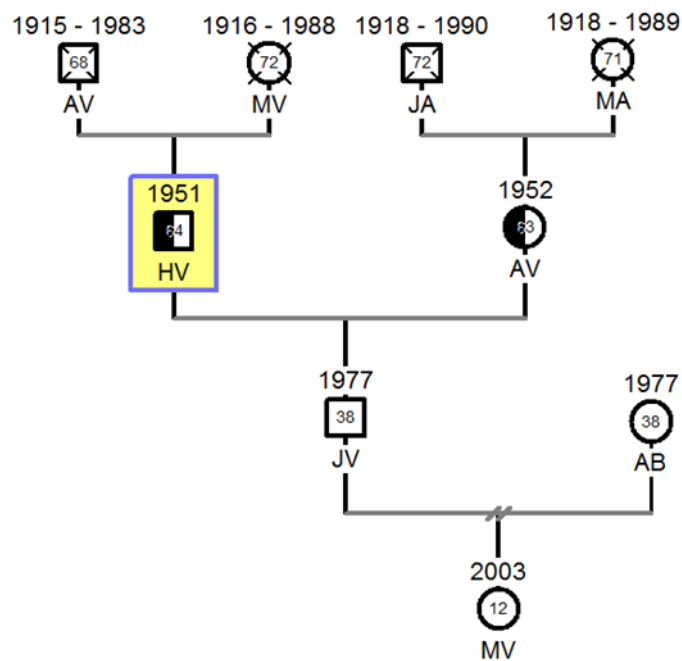
Índice de Barthel: 100 (independente)

Escala de Morse: 15 (baixo risco de queda)

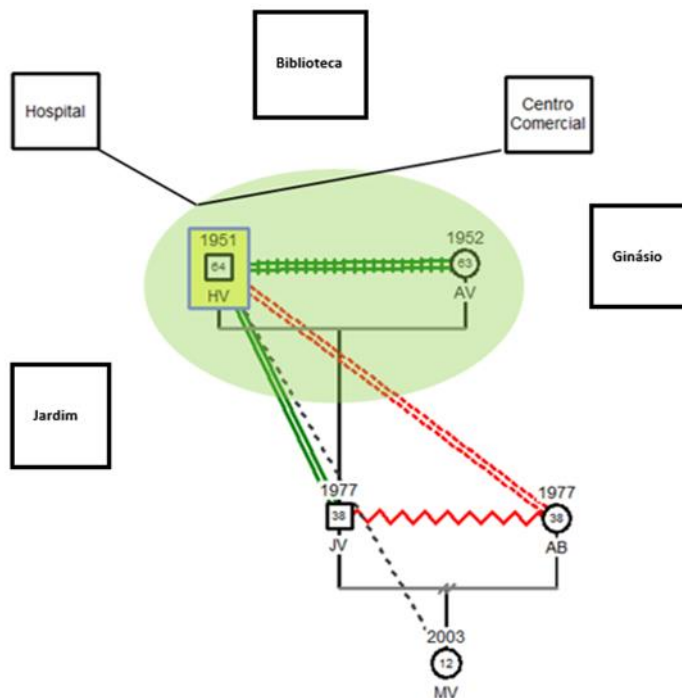
Mini Mental State Examination: 30/30 (sem déficit cognitivo)

Índice de Lawton-Brody: 8 (independente nas atividades instrumentais de vida diárias)

Genograma



Ecomapa



## PLANO DE CUIDADOS

### Linha Flexível de Defesa

Pouco comprometida, por alteração pontual do padrão de sono

**Prevenção primária:** incentivo à manutenção de estilos de vida saudáveis e ocupação de tempos livres

### Linha Normal de Defesa

Comprometida, por alterações do pensamento, manifestada por delírio persecutório, renitência à toma da terapêutica e recusa ao internamento

**Prevenção secundária:** trabalhar crítica para a doença, estabelecer relação terapêutica, promover sessões de psicoeducação, assegurar toma da medicação

### Linha de Resistência

Em risco, face à situação psicopatológica do cliente e da esposa

**Prevenção terciária:** Monitorizar adesão ao projeto terapêutico e relação com a esposa, por meio de consulta de enfermagem no domicílio

### Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)

- ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE não demonstrada

Utente não reconhece que se encontra numa situação de crise

- Risco de não ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Utente sem crítica para a situação patológica, com atividade delirante em grande dinamismo, não reconhece a necessidade de toma de terapêutica

- PENSAMENTO alterado

Utente com taquipsiquismo, verbaliza espontaneamente ideias delirantes de conteúdo persecutório

### Intervenções de Enfermagem (CIPE)

- Aceitação do estado de saúde não demonstrado

**Objetivo:** que o utente adquira conhecimentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde.

**Intervenções:** avaliar o nível de conhecimentos do utente sobre alterações do pensamento; descrever ao utente os sinais e sintomas mais comuns; informar sobre possíveis complicações; oferecer tranquilização sobre a condição de vida do utente; analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo da doença.

**Avaliação:** 5º dia Apresenta ligeira crítica para o motivo de internamento Mantém atividade delirante que não verbaliza espontaneamente, só quando abordado; 13º dia "... havia ali coisas que realmente eram invenção da minha mulher... e eu deixei-me levar... (SIC). Apresenta ideação de alta. Levantado internamento compulsivo.

- Risco de não adesão ao regime terapêutico

**Objetivo:** que o utente adira ao regime terapêutico.

**Intervenções:** incentivar a adesão ao regime terapêutico; ensinar benefícios da toma da terapêutica e possíveis efeitos secundários; vigiar o comportamento de toma da medicação; promover autorresponsabilização; promover participação na sessão de Psicoeducação "Adesão ao Regime Terapêutico".

**Avaliação:** 1º dia Recusou terapêutica *per os*, não reconhecendo a necessidade de tratamento, pelo que houve necessidade de fazer terapêutica IM prescrita em SOS; 2º dia Aceitou terapêutica com renitência

e desconfiança perante os enfermeiros; 8º dia Participou com interesse na sessão de psicoeducação, compreendeu os objetivos da mesma, teve intervenções pertinentes e adequadas ao tema; 12º dia Aceitou terapêutica prescrita sem qualquer renitência, aparenta reconhecer os seus benefícios.

- **Pensamento alterado**

**Objetivo:** que o utente não apresente atividade delirante.

**Intervenções:** gerir a comunicação (diminuir o ruído, estabelecer contacto visual, utilizar tom de voz adequado, falar calma e pausadamente, gerir o silêncio, evitar excesso de informação, escutar o utente); gerir ambiente físico (proporcionar espaço com privacidade sempre que necessário, promover o frequentar sala de convívio, providenciar ambiente calmo para receber as visitas); vigiar o pensamento; orientar para a realidade; disponibilizar presença

**Avaliação:** 3º dia Verbaliza espontaneamente ideias delirantes de conteúdo persecutório (“estamos a ser perseguidos por altas instâncias da saúde, vão lá a casa e roubam-nos as coisas” (SIC); 5º dia Mantém atividade delirante, embora menos evidente, apenas verbaliza quando questionado, sem taquipsiquismo; 13º dia Sem atividade delirante aparente.

## **ALTA CLÍNICA E ENCAMINHAMENTO PARA COMUNIDADE**

Alta ao 14º dia com proposta de integração no programa de visitas domiciliárias, com o objetivo de verificar adesão ao projeto terapêutico e trabalhar a crítica para a doença. Programadas consultas de enfermagem no domicílio semanais, à 4ª feira no período da manhã.

### 1ª Consulta de Enfermagem no domicílio

Utente encontrava-se sozinho no domicílio a aguardar profissionais (enfermeira e assistente social).

Vive em apartamento num 3º andar em prédio sem elevador. Casa com boas condições sanitárias e habitacionais. Tem televisão por cabo, computador portátil, internet, ar condicionado. Zona central da cidade, próxima de cafés, supermercados, correios, polícia, jardins, transportes públicos.

Utente sorridente ao receber os profissionais e apresentar a casa. Calmo, orientado em todas as referências, higiene cuidada, vestuário adequado à estação do ano. Humor eutímico, contacto cordial, discurso coerente e articulado. Sem atividade delirante aparente. Sem alterações do sono.

Tem ocupado o tempo a cuidar da casa, preparar as refeições, fazer pequenas obras na cozinha e ir visitar a esposa que ainda se mantém internada. Recebeu a visita do filho duas vezes.

Refere cumprir esquema terapêutico proposto, sabe o nome dos medicamentos, posologia e horário. Contudo verbaliza sentir algum desequilíbrio na marcha, que associa à toma do antipsicótico. Realizados ensinamentos no sentido de promover a manutenção do projeto terapêutico, bem como prevenir quedas no domicílio e nas escadas do prédio. Utente receptivo e interessado nos ensinamentos realizados.

Agendada consulta para a 4ª feira seguinte.

### 2ª Consulta de Enfermagem no domicílio

Utente não se encontrava no domicílio. Realizado contacto telefónico. Referiu ter ido às finanças durante a manhã. Sem alterações aparentes em relação à semana anterior. Verbalizou preocupação face ao estado de saúde da esposa. Mantém contacto com o filho, foram ao cinema.

### 3ª Consulta de Enfermagem no domicílio

Utente encontrava-se sozinho no domicílio a aguardar profissionais. Sem alterações do seu estado de saúde, mantém ausência de atividade delirante. Refere manter algum desequilíbrio mas toma medidas de precaução, não teve nenhuma queda. Mantém adesão ao projeto terapêutico. Esposa continua internada.

### 4ª, 5ª e 6ª Consultas de Enfermagem no domicílio

Sem alterações em relação à consulta anterior. Informado médico assistente sobre o estado de saúde do utente e proposta alteração da periodicidade das consultas para quinzenal.

## Apêndice XVI – Registos de Interação



# Registo de Interação I

## **A contenção como intervenção terapêutica**

O comportamento agressivo é um tema remoto e cada um de nós consegue identificar uma pessoa agressiva, apenas pelo modo como essa pessoa age e se comporta, mesmo quando desconhecemos a pessoa em causa.

Os sentimentos e os comportamentos agressivos são dos aspetos que mais contribuem para o desequilíbrio psicológico, para a desadaptação ao mundo que nos rodeia e para as dificuldades no estabelecimento da relação com os outros (Galhordas et al, 2007).

É sabido que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais se encontram expostos a atos de agressividade / violência. A minha experiência profissional não é exceção, pelo que já vivenciei algumas situações de agressividade dirigida a mim.

Após alguns turnos no internamento, ocorreu uma situação que exigiu a contenção mecânica de uma utente. A Sra. X tinha sido admitida no internamento nessa manhã, 36 anos, casada, mãe de dois filhos, com antecedentes de Perturbação Afetiva Bipolar. À entrada hipervigil, orientada em todas as referências, com taquipsiquismo, fuga de ideias, discurso em tom de voz elevado, humor disfórico, contudo colaborante com os profissionais. Foi realizada colheita de dados e apresentado o serviço.

Aparentemente tudo decorria dentro da normalidade, até que algumas horas depois a Sra. X começa num crescendo de hostilidade para com os outros utentes e os próprios enfermeiros.

Esgotadas todas as medidas não farmacológicas, foi necessário proceder-se à contenção mecânica da Sra. X, sem o seu consentimento, já que a mesma não possuía qualquer crítica face à sua situação e para que lhe pudesse ser administrada medicação endovenosa em segurança (que,

entretanto, havia sido prescrita). Participei nesta intervenção de forma ativa colaborando com os enfermeiros e auxiliares que estavam de serviço.

Foram providenciadas todas as medidas de privacidade, conforto e segurança à utente.

Durante os internamentos de psiquiatria cerca de 18 a 25% dos clientes acabam por desenvolver quadros de agressividade/violência e agitação. Deste modo, há a necessidade de um tratamento urgente, uma vez que neste estado o cliente representa um risco para terceiros e até para si mesmo (Araújo et al, 2010).

As orientações da Direção Geral de Saúde são bem claras no que à contenção diz respeito e, a meu ver, foi uma decisão adequada e coerente naquele contexto, promotora da saúde da utente.

O que realmente me fez refletir foi na frieza e quase indiferença que senti nos meus colegas e que provavelmente eu mesma transpareci. Afinal de contas é uma intervenção bastante comum e frequente nos internamentos de psiquiatria. Mas que intervenção é esta de imobilizar uma PESSOA ao leito, retirando-lhe todo e qualquer controlo sobre o seu corpo? Informação que é passada no turno como outra qualquer. Não pude deixar de me colocar no lugar da utente, como seria humilhante ver a minha dignidade ameaçada.

Considero de grande importância o desenvolvimento de um juízo clínico que fundamenta uma tomada de decisão essencial ao cuidado individualizado a prestar ao doente e família (CIPE, 2009).

O juízo clínico realizado pelo enfermeiro constrói-se na interação que desenvolve com a pessoa e na qualidade da relação que estabelece, sendo este um aspeto significativo do processo terapêutico. O enfermeiro mobiliza, para o efeito, os conhecimentos e princípios científicos que detém, necessitando de possuir também um elevado conhecimento de si mesmo, visto ser o principal agente desta relação (Conselho de Enfermagem, 2009, citando Chalifour, 2008).

É mobilizando estas competências que o enfermeiro ajuíza sobre o comportamento, emoções e sentimentos presentes no cliente, mobilizando a capacidade de identificar quando estes circunscrevem situações de hostilidade, raiva e violência de carácter destrutivo, necessitando ser reprimidas e contidas,

se necessário fisicamente (Chalifour, 2008, citado por Conselho de Enfermagem, 2009), podendo nesta situação recorrer se necessário à contenção.

A agressividade é um conceito plural, poliforme e multidimensional que se define num contexto interativo e relacional envolvendo a pessoa, as instituições e o contexto sociocultural.

O verdadeiro desafio para os enfermeiros que cuidam de clientes que apresentam quadros de agitação e agressividade é a aplicação de uma abordagem que promova a segurança e a dignidade individual.

## Referências Bibliográficas

- Araújo, E. M., Martins, E. S., Adams, C. E., Coutinho, E. S., & Huf, G. (2010). Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria* nº59, 2, 94-98
- CIPE (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue, Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros
- Conselho de Enfermagem (2009). Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25 / 05 /2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes – contenção física. Parecer nº 226 / 2009
- Direção Geral de Saúde (2007). Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física. Circular Normativa
- Galhordas, J., Lima, P.; Encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor – A compreensão da agressividade nas pessoas com Lesão Vertebro-Medular. *Análise Psicológica*, 603-611

## Registo de Interação II

### **Eletroconvulsivoterapia**

Apesar dos progressivos avanços na área da Psiquiatria e mais especificamente na psicofarmacologia, algumas patologias são refratárias, pelo que a eletroconvulsivoterapia (ECT) é considerada uma modalidade terapêutica com nível elevado de eficácia.

Tem demonstrado enormes benefícios em utentes com estados depressivos, mania e esquizofrenia (Townsend, 2000). Também tem mostrado eficácia em certos casos de síndrome maligno dos neuroléticos e sintomas motores da doença de Parkinson (Coentre et al, 2009).

Não posso negar a curiosidade que sempre senti relativamente a este tratamento, quer pela sua história, quer pelo estigma associado, quer por episódios mostrados no cinema onde era administrada como punição e associada a sentimentos como humilhação e dor, sendo por isso um tratamento alvo de grande controvérsia.

Embora convulsões induzidas por cânforas já fossem usadas no século XVI para o tratamento de psicoses, grande parte das histórias tiveram início em 1934 quando Ladislau von Meduna relatou tratamentos bem sucedidos em utentes catatónicos e com outros sintomas da esquizofrenia (Kaplan et al, 1997).

Com base nesses relatos, Ugo Cerletti e Lucio Bini administraram o primeiro tratamento em 1938, altura em que foi denominada terapia por eletrochoque, mais tarde chamada terapia eletroconvulsiva (Kaplan et al, 1997).

A ECT teve como grande opositor o movimento antipsiquiatria, produto de ideias filosóficas populares que defendiam uma visão negativa das doenças psiquiátricas, considerando-a uma prática brutal. Também a comunicação social contribuiu para uma visão negativa da ECT nos anos 80, pelo facto do seu mecanismo não ser inteiramente compreendido. Apenas a partir de 1985 esta técnica voltou a ter um aumento na sua utilização e redução do estigma pelo uso

de critérios de consenso para a utilização e normas de orientação (Coentre et al, 2009).

Ao longo dos anos foram inúmeras as vezes que procedi à preparação de utentes para a realização de ECT – colaboração nos meios complementares de diagnóstico, como raio x tórax, análises e ECG, monitorização de parâmetros vitais e todo um conjunto de cuidados associados (assegurar jejum de 6h, bexiga vazia, cabelo lavado e seco, ausência de verniz, adornos, próteses dentárias, suspensão da administração de benzodiazepinas, anticonvulsivantes e lítio) - assim como os cuidados prestados no seu regresso ao internamento, como avaliação do estado de consciência, orientação, memória, sinais vitais, etc, sem nunca ter assistido ou colaborado no procedimento em si.

Por diversas vezes tenho ouvido os utentes e familiares a verbalizar as suas preocupações e receios relativos a este procedimento, inclusive episódios de grande ansiedade e a quererem recusar o tratamento, devido à falta de informação e ao estigma associado. Algumas vezes os familiares após esclarecimento do médico vêm validar com os enfermeiros as informações que receberam, no sentido de se assegurarem que a sua segurança não está comprometida.

No dia 2 de Novembro foi-me facultada a possibilidade de conhecer a unidade de eletroconvulsivoterapia. Uma vez que existia uma utente internada no serviço a realizar este tratamento, acompanhei-a neste processo. À chegada fui recebida pelo enfermeiro que estava de turno que me deu a conhecer as instalações e procedimentos. Achei sala de preparação / recobro um espaço acolhedor, pela disposição do material e equipamentos promotores da privacidade dos utentes, pela temperatura ambiente, pela vista das janelas. Neste espaço acabei por colaborar com o enfermeiro na preparação da utente, através da canalização de acesso venoso periférico, colocação de soro em curso e confirmação dos aspetos referidos acima (jejum, próteses, etc).

Seguidamente a utente foi encaminhada para a sala de ECT, onde se procedeu à administração de anestesia e à técnica em si. Estavam presentes dois médicos e uma enfermeira. Todo o procedimento decorreu sem intercorrências, a utente foi reencaminhada ao recobro onde permaneceu cerca

de meia hora até recuperar o estado de consciência. Observei que a mesma teve descontrolo de esfíncteres e manteve durante algumas horas períodos de desorientação no tempo e espaço.

Finalmente regressámos ao serviço onde dei continuidade aos cuidados que já tinha conhecimento e que para mim eram rotineiros, passando essencialmente pelo controlo da ansiedade, monitorização do comportamento e proporcionar orientação adequada (Townsend, 2000).

De acordo com os padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental deve desenvolver processos que conduzam à redução do estigma, assim como adotar intervenções promotoras da autonomia, sentir-se seguro, identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do utente.

Considere este momento de grande importância para o meu percurso profissional, pois tive a oportunidade de desmistificar todas as questões e de adquirir novos conhecimentos de grande utilidade essencialmente no ensino aos utentes e familiares.

## Referências Bibliográficas

- Coentre, R; Barrocas, D.; Chendo, I.; Abreu, M.; Levy, P.; Mantez, J.; Figueira, M. (2009). Electroconvulsivoterapia – Mitos e evidências. Acta Médica Portuguesa, 22, pp. 275-280
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas
- Townsend, M. (2000). Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. pp.1734-1774

